

I CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO



# Comparação dos Utentes do Antigo Hospital do Desterro com os Utentes do Hospital de S. José no Acesso à Consulta de Medicina Interna

---

Maria Isabel Valente Caetano Pereira

Lisboa

2010



# Comparação dos Utentes do Antigo Hospital do Desterro com os Utentes do Hospital de S. José no Acesso à Consulta de Medicina Interna

**Orientador: Professor Doutor Paulo Ferrinho**

**Co-Orientadora: Mestre Anabela Coelho**

---

Maria Isabel Valente Caetano Pereira

Lisboa

2010

## AGRADECIMENTOS

Sendo esta dissertação o produto de esforço e dedicação colectivos, não quero deixar de agradecer aos meus orientadores, Professor Doutor Paulo Ferrinho e Mestre Anabela Coelho pelo apoio, pela crítica, pelas sugestões imprescindíveis à construção deste trabalho e pela atenção e disponibilidade com que sempre acompanharam o meu percurso académico.

Ao Doutor Bruno de Sousa a minha gratidão pela generosidade com que dedicou o seu tempo a apreciar, sugerir e orientar toda a dimensão estatística presente neste estudo.

À Mestre Isabel Craveiro e ao Dr. André Biscaia pelas pertinentes e imprescindíveis sugestões resultantes da apreciação das diferentes versões do instrumento de colheita de dados.

Ao serviço de Gestão de Doentes do Centro Hospitalar de Lisboa zona Central pela cedência dos dados dos utentes a partir dos quais se levou a cabo o presente estudo.

À Dr.<sup>a</sup> Maria Leonor Abecasis que gentilmente disponibilizou o instrumento de medida de satisfação dos utentes nos hospitais EPE, versão 2005 – consulta externa, valioso recurso na construção do instrumento de colheita de dados deste trabalho.

Uma palavra de apreço aos meus colegas de mestrado, com quem partilhei momentos de angústia mas também de cooperação, entreajuda e muita alegria.

A todos os meus amigos, em especial à Carmen e à Isaura pelo constante estímulo à conclusão desta dissertação.

Ao meu pai, à minha irmã e aos meus três sobrinhos pela força mas também pela tolerância às minhas ausências demasiado frequentes.

Ao Luís, a quem as palavras nunca serão suficientes para expressar como tem sido importante na minha vida.

À minha mãe, porque é uma extensão de mim própria, porque sofre com as minhas derrotas e orgulha-se das minhas conquistas.

---

## RESUMO

**Cenário:** o presente estudo surge no contexto de encerramento do Hospital do Desterro (HD) sendo os seus serviços integrados nas restantes unidades que compõem o Centro Hospitalar de Lisboa zona Central (CHLzC), nomeadamente, o Hospital de S. José (HSJ), Hospital de Stº. António dos Capuchos, Hospital de Santa Marta e Hospital de D. Estefânia. No caso particular deste estudo, é focada a atenção na integração do serviço de Consulta Externa de Medicina Interna no Hospital de São José.

**Objectivos:** comparar o acesso à consulta externa de Medicina Interna (MI) do HSJ dos utilizadores da consulta externa de MI do HD (nos três meses que antecederam a transferência do serviço) com o dos sujeitos que já eram utilizadores da consulta externa de MI do HSJ, antes da integração de serviços; Averiguar qual a percepção do Grupo I (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) acerca dos efeitos do encerramento do Hospital do Desterro no acesso à consulta externa de Medicina Interna; Verificar se determinadas condições (falta de conhecimentos no que respeita à deslocação do domicílio ao HSJ, falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até às instalações do Serviço de consulta Externa de Medicina Interna, incompatibilidade do horário de funcionamento da consulta com a disponibilidade do utente, tempo de espera para ser atendido antes da consulta, tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do HSJ, gastos totais de uma ida à consulta e tempo dispendido na viagem do domicílio para o HSJ) constituem razões para a não comparência do Grupo I (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) e do Grupo II (utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, no período acima descrito) à(s) consulta(s) de Medicina Interna marcada(s) em 2008 no HSJ.

**População e Métodos:** trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e analítico, optando-se pelo método de amostragem aleatória proporcionalmente estratificada dos dois grupos em estudo, de acordo com o género e idade da população previamente analisados, e de dimensão igual a 256 elementos para cada um dos grupos.

A colheita de dados foi realizada através da aplicação de um questionário, por via telefónica,

---

aos dois grupos de sujeitos precedida por o envio de uma carta registada com aviso de recepção explicando os contornos do estudo. Realizada a análise dos dados comparando os dois grupos através do teste de homogeneidade e independência do qui-quadrado, ANOVA *one-way*, e regressão ordinal.

### **Principais resultados:**

Existem diferenças estatisticamente significativas no acesso potencial entre o grupo I (HD) e o grupo II (HSJ) nomeadamente no que diz respeito à idade, às expectativas antes da última consulta, ao estado civil, ao número de crianças residentes na mesma casa do respondente, à escolaridade, à percepção sobre acessibilidade física ao HSJ, à distância e tempo de viagem do domicílio ao HSJ e à situação profissional.

Existem diferenças estatisticamente significativas no acesso realizado entre o grupo I (HD) e o grupo II (HSJ) nomeadamente no que toca ao número de consultas marcadas, em 2008 no HSJ a que o utente não compareceu, à percepção sobre a qualidade do atendimento pelo administrativo, ao tempo de espera antes da consulta, ao nível de qualidade percebida acerca das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde, ao envolvimento na decisão terapêutica, ao cumprimento das expectativas, à qualidade global percebida, à satisfação global, à lealdade e à probabilidade de recomendação do serviço de MI do HSJ a familiares, amigos ou colegas.

Após o encerramento do HD, é reportado pelos seu antigos utentes, um aumento do tempo de espera imediatamente antes da consulta, uma perda de qualidade global no serviço prestado, a perda de facilidade na obtenção da consulta de MI e um sentimento de prejuízo após a transferência da consulta de MI para o HSJ.

A percepção de uma perda na qualidade global do serviço após o encerramento do HD veio a diminuir a probabilidade de perceber tempos de espera imediatamente antes da consulta mais breves, a diminuir a probabilidade de seleccionar os níveis mais altos de qualidade do atendimento pelo médico no que respeita à disponibilização de informações acerca do estado de saúde, contrariamente ao que seria de esperar a aumentar a probabilidade de indicar altos níveis de envolvimento na decisão terapêutica e a diminuir a probabilidade de ser leal à consulta de MI.

A percepção de uma perda de facilidade na obtenção da consulta de MI após o encerramento do HD veio a diminuir a probabilidade de seleccionar os níveis mais elevados de qualidade do atendimento pelo administrativo.

---

O sentimento de prejuízo após o encerramento do HD, veio a diminuir a probabilidade de superar as expectativas iniciais relativamente ao serviço prestado na consulta de MI no HSJ.

O tempo de espera imediatamente antes da consulta, o tempo de viagem e os gastos totais inerentes à realização de uma consulta constituem as principais razões para não comparecer a uma consulta marcada.

O facto de ter sido utente da consulta de MI do HD aumenta a probabilidade de faltar a consultas de MI no HSJ, diminui a probabilidade de percepcionar níveis elevados na qualidade do atendimento pelo administrativo, aumenta a probabilidade de percepcionar tempos de espera longos imediatamente antes da consulta, diminui a probabilidade de experimentar altos níveis de satisfação com o serviço recebido na consulta de MI no HSJ, diminui a probabilidade de ser leal à consulta de MI do HSJ e diminui a probabilidade de recomendar este serviço a familiares, amigos e colegas.

**Conclusão:** os presentes resultados constituem uma primeira obtenção de conhecimento relativamente ao efeito da decisão política que levou ao encerramento do HD no acesso da população aos serviços de saúde, nomeadamente, o acesso ao serviço de consulta externa de Medicina Interna. O encerramento desta unidade de saúde e a consequente transferência da consulta de MI para o HSJ teve um efeito negativo em importantes componentes de acesso realizado como sejam a utilização de serviços, a qualidade apercebida sobre o serviço prestado, a satisfação, a lealdade, e a recomendação a familiares, amigos ou colegas.

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	ix
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	x
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b>	xiii
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b>	xv
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	1
1.1. Formulação da Problemática	2
1.2. Justificação do estudo	4
1.3. Objectivos do Estudo	6
<b>2. CONTRIBUTO PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016</b>	8
2.1. Contextualização da dimensão acesso na classificação dos sistemas de saúde	8
2.2. A complexidade do conceito de acesso a cuidados de saúde	11
2.2.1. Os marcos teóricos no estudo do Acesso	15
<b>3. A CONSTRUÇÃO DO QUADRO DE REFERÊNCIA</b>	24
<b>4. POPULAÇÃO E MÉTODOS</b>	37
4.1. Desenho do Estudo	37
4.2. Variáveis em Estudo	37
4.3. População	39
4.4. Amostra	40
4.4.1 Dimensão da Amostra	40

4.4.2 Estratégia de Amostragem .....	43
4.5. Técnica de Recolha de Dados .....	44
4.5.1 Pré-Teste .....	47
4.5.2 Colheita de dados .....	48
4.6. Análise dos Dados .....	49
4.7. Procedimentos Éticos .....	51
5. RESULTADOS .....	53
5.1 Diferenças Entre os Grupos em Estudo nos Componentes de Acesso Potencial à Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital de São José .....	53
5.2 Diferenças entre os Grupos em Estudo nos Componentes de Acesso Realizado à Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital de São José .....	66
5.3 Efeitos do Encerramento do Hospital do Desterro no Acesso à Consulta Externa de Medicina Interna .....	105
5.4 Razões para a Não Comparência às Consultas de Medicina Interna no Hospital de São José .....	136
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	144
7. CONCLUSÕES/SUGESTÕES .....	166
8. BIBLIOGRAFIA .....	170
ANEXOS .....	187
ANEXO I – Plano de operacionalização das variáveis .....	188



<b>ANEXO II – Análise Exploratória Preliminar .....</b>	<b>189</b>
<b>ANEXO III – Questionários aplicados .....</b>	<b>190</b>
<b>ANEXO IV – Pedido de autorização do estudo ao Conselho de Administração do CHLzC .....</b>	<b>191</b>
<b>ANEXO V – Obtenção de resposta do Conselho de Administração do CHLzC ao pedido de autorização .....</b>	<b>192</b>
<b>ANEXO VI – Obtenção de autorização da Comissão de Ética do CHLzC para realização do estudo .....</b>	<b>193</b>
<b>ANEXO VII – Carta dirigida ao Serviço de Gestão de Doentes solicitando dados .....</b>	<b>194</b>
<b>ANEXO VIII – Carta dirigida ao domicílio das unidades amostrais convidando à participação no estudo .....</b>	<b>195</b>
<b>ANEXO IX – Quadro ilustrativo das razões que justificam a não aplicação do questionário .....</b>	<b>196</b>
<b>ANEXO X – Plano de análise de dados .....</b>	<b>197</b>
<b>ANEXO XI – Tabelas de Regressão Ordinal .....</b>	<b>198</b>
<b>ANEXO XII – Tabelas de Qui-Quadrado .....</b>	<b>199</b>

---

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Quadro de referência para o estudo do acesso a serviços de saúde proposto por Aday e Andersen (1974) .....	15
<b>Figura 2</b> – Quadro de referência para o estudo do acesso a serviços de saúde sugerido por Frenk (1985) .....	22
<b>Figura 3</b> – Quadro de referência adaptado ao estudo do acesso à consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José .....	25

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Diagrama de extremos e quartis do número de elementos maiores de idade que partilham a mesma residência com a unidade amostral .....	57
<b>Gráfico 2</b> – Diagrama de extremos e quartis do número de elementos menores de idade que partilham a mesma residência com a unidade amostral .....	60
<b>Gráfico 3</b> – Diagrama de extremos e quartis em diferentes escalas da distância ao HSJ .....	64
<b>Gráfico 4</b> – Diagrama de extremos e quartis do tempo de viagem do domicílio ao HSJ .....	65
<b>Gráfico 5</b> – Diagrama de extremos e quartis do número de consultas de MI no HSJ não comparecidas em 2008 .....	68
<b>Gráfico 6</b> – Percepção do grupo I (HD) acerca de alterações no tempo de espera antes da consulta após o encerramento do HD .....	106
<b>Gráfico 7</b> – Percepção do grupo I (HD) acerca de alterações na duração da consulta após o encerramento do HD .....	110
<b>Gráfico 8</b> – Percepção do grupo I (HD) acerca de alterações na qualidade global da consulta após o encerramento do HD .....	112
<b>Gráfico 9</b> – Percepção do grupo I (HD) acerca de alterações na facilidade em obter uma consulta de MI após o encerramento do HD .....	117
<b>Gráfico 10</b> – Tempo de espera mais longo para ser atendido imediatamente antes da consulta como razão para ser mais difícil obter uma consulta após o encerramento do Hospital do Desterro .....	123
<b>Gráfico 11</b> – Gastos totais mais avultados como razão para ser mais difícil obter uma consulta após o encerramento do HD .....	123
<b>Gráfico 12</b> – Falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até às instalações da consulta como razão para ser mais difícil obter uma consulta após o encerramento do Hospital do Desterro .....	124
<b>Gráfico 13</b> – Falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até ao HSJ como razão para ser mais difícil obter uma consulta após o encerramento do HD .....	124
<b>Gráfico 14</b> – Incompatibilidade com o horário de funcionamento da consulta como razão para ser mais difícil obter uma consulta após o encerramento do HD .....	124

<b>Gráfico 15</b> – Tempo de espera mais longo entre a saída da consulta e a saída do HSJ como razão para ser mais difícil obter uma consulta após o encerramento do HD .....	125
<b>Gráfico 16</b> – Falta de conhecimentos no que respeita à marcação da consulta como razão para ser mais difícil obter uma consulta após o encerramento do HD .....	125
<b>Gráfico 17</b> – Percepção do grupo I (HD) acerca do benefício /prejuízo após o encerramento do HD .....	126
<b>Gráfico 18</b> – Utentes muito beneficiados e beneficiados na qualidade global .....	133
<b>Gráfico 19</b> – Utentes muito prejudicados e prejudicados na qualidade global .....	133
<b>Gráfico 20</b> – Utentes muito beneficiados e beneficiados no tempo de espera antes da consulta .....	133
<b>Gráfico 21</b> – Utentes muito prejudicados e prejudicados no tempo de espera antes da consulta .....	133
<b>Gráfico 22</b> – Utentes muito beneficiados e beneficiados no tempo de espera depois da consulta .....	134
<b>Gráfico 23</b> – Utentes muito prejudicados e prejudicados no tempo de espera depois da consulta .....	134
<b>Gráfico 24</b> – Utentes muito beneficiados e beneficiados na duração consulta. ....	134
<b>Gráfico 25</b> – Utentes muito beneficiados e beneficiados na duração consulta. ....	134
<b>Gráfico 26</b> – Utentes muito beneficiados e beneficiados no tempo de intervalo entre as consultas .....	135
<b>Gráfico 27</b> – Utentes muito prejudicados e prejudicados no tempo de intervalo entre as consultas .....	135
<b>Gráfico 28</b> – Utentes muito beneficiados e beneficiados nos gastos inerentes à consulta ..	135
<b>Gráfico 29</b> – Utentes muito prejudicados e prejudicados nos gastos inerentes à consulta ..	135
<b>Gráfico 30</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à falta de conhecimentos no que respeita à deslocação ao HSJ como razão para faltar .....	136
<b>Gráfico 31</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à falta de conhecimentos no que respeita à deslocação às instalações da consulta como razão para faltar .....	137
<b>Gráfico 32</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à incompatibilidade com o horário da consulta como razão para faltar .....	138
<b>Gráfico 33</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de espera antes da consulta como razão para faltar .....	139

---

<b>Gráfico 34</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de espera depois da consulta como razão para faltar .....	140
<b>Gráfico 35</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa aos gastos da consulta como razão para faltar .....	141
<b>Gráfico 36</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de viagem como razão para faltar .....	142

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Número de elementos a seleccionar por subgrupo homogéneo (classe etária e género) .....	44
<b>Tabela 2</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao estado de saúde percebido .....	54
<b>Tabela 3</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa às expectativas antes da última consulta no HSJ .....	55
<b>Tabela 4</b> – Comparação entre o grupo I e grupo II relativa ao estado civil .....	56
<b>Tabela 5</b> – Comparação de medidas de tendência central e de dispersão relativas ao número de elementos maiores de idade que partilham a mesma residência com a unidade amostral .....	57
<b>Tabela 6</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à situação familiar .....	59
<b>Tabela 7</b> – Comparação de medidas de tendência central e de dispersão relativas ao número de elementos menores de idade que partilham a mesma residência com a unidade amostral .....	59
<b>Tabela 8</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à escolaridade .....	61
<b>Tabela 9</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à situação profissional .....	62
<b>Tabela 10</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à área de residência .....	63
<b>Tabela 11</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à distância e tempo de viagem do domicílio ao HSJ .....	64
<b>Tabela 12</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à acessibilidade percebida ao HSJ .....	66
<b>Tabela 13</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao número de consultas realizadas em 2008 .....	67
<b>Tabela 14</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao número de consultas não comparecidas em 2008 .....	68
<b>Tabela 15</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à qualidade do atendimento pelo administrativo .....	71

<b>Tabela 16</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de espera para ser atendido antes da consulta .....	76
<b>Tabela 17</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de espera entre saída da consulta e saída do HSJ .....	80
<b>Tabela 18</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao atendimento pelo médico .....	81
<b>Tabela 19</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à percepção sobre a informação transmitida pelo médico acerca do próprio estado de saúde .....	82
<b>Tabela 20</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica .....	85
<b>Tabela 21</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao cumprimento das expectativas em relação à última consulta de MI no HSJ .....	88
<b>Tabela 22</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à qualidade global percebida acerca do serviço prestado na consulta de MI no HSJ .....	91
<b>Tabela 23</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à satisfação global com a experiência na consulta de MI no HSJ .....	94
<b>Tabela 24</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à lealdade ....	97
<b>Tabela 25</b> – Comparação entre o grupo I e grupo II (HSJ) relativa à recomendação ....	100
<b>Tabela 26</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à falta de conhecimentos no que respeita à deslocação ao HSJ como razão para faltar .....	136
<b>Tabela 27</b> – Comparação entre o grupo I e grupo II relativa à falta de conhecimentos no que respeita à deslocação às instalações da consulta como razão para faltar .....	137
<b>Tabela 28</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à incompatibilidade com o horário da consulta como razão para faltar .....	138
<b>Tabela 29</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de espera antes da consulta como razão para faltar .....	139
<b>Tabela 30</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de espera depois da consulta como razão para faltar .....	140
<b>Tabela 31</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa aos gastos da consulta como razão para faltar .....	141
<b>Tabela 32</b> – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de viagem como razão para faltar .....	142

---

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**CHLzC – Centro Hospitalar de Lisboa zona Central**

**EPE – Entidade Pública Empresarial**

**ERS – Entidade Reguladora da Saúde**

**HD – Hospital do Desterro**

**HSJ – Hospital de São José**

**Km – Quilómetros**

**MI – Medicina Interna**

**OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico**

**OMS – Organização Mundial de Saúde**

**OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde**

**p. – Página**

**p.e. – Por exemplo**

**s.d. – Sem data**

**SPSS – Statistical Package for Social Sciences**



## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo surge no actual contexto marcado pela implementação de políticas referentes à reestruturação dos serviços de saúde a nível nacional e foca a sua particular atenção na transferência de serviços do Hospital do Desterro, que integrava o Centro Hospitalar de Lisboa da Zona Central (CHLzC) desde Janeiro de 2004, pelas restantes unidades que compõem o CHLzC, nomeadamente, o Hospital de S. José, Hospital de Stº. António dos Capuchos, Hospital de Santa Marta e Hospital de D. Estefânia. Segundo a Ordem dos Médicos (2006), a passagem dos serviços do Hospital do Desterro decorreu desde a segunda quinzena de Outubro de 2006, com os serviços de dermatologia e cirurgia a transitarem para o Hospital dos Capuchos e os serviços de urologia, medicina interna e a unidade de cuidados intensivos do Hospital do Desterro para o Hospital de S. José.

Segundo a mesma fonte, a radiologia do antigo hospital ficou repartida entre os hospitais de S. José e Capuchos e a área laboratorial concentrada nos hospitais de S. José e D. Estefânia. O serviço de Consulta Externa de Medicina Interna que contextualiza o presente estudo, por sua vez, foi transferido para o Hospital de S. José.

Perante esta situação, os utentes que eram servidos pelo Hospital do Desterro assistem a alterações na sua fonte habitual de cuidados, surgindo-lhes como alternativa a utilização de outros hospitais, já conhecidos pela sua elevada procura e taxa de ocupação (segundo dados da Direcção Geral de Saúde, o Hospital de S. José apresentou uma taxa de ocupação ao nível das especialidades médicas de 90,6% em 2002 e 80,0% em 2003. Na mesma categoria, o Hospital de Stº António dos Capuchos apresentou valores de 81,3% e 82,7%, respectivamente), mas que, ainda assim, integraram os serviços do hospital encerrado. Nesta linha de ideias, convém não esquecer que as elevadas taxas de ocupação aqui apresentadas podem ser explicadas pela permanente presença do fenómeno de procura induzida proposto por Roemer (1961). Na verdade, este autor encontrou correlações positivas e elevadas entre a oferta de camas hospitalares e a sua utilização, e defende que o aumento súbito de camas hospitalares disponíveis resulta num rápido aumento das taxas de admissão, bem como na demora média de internamento para a maioria dos diagnósticos.

Apesar disto, assistindo ao encerramento do HD, os utentes são levados à adaptação a uma nova realidade que, tal como demonstrado pelos órgãos de comunicação social, foi

---

fortemente contestada pelo Movimento dos Utentes dos Serviços Públicos (Correio da Manhã, 09/02/2006; Público, 09/02/2006; TSF, 12/04/2006).

De facto, e tal como é descrito por Marques (1997), a mudança nem sempre é encarada como algo desejável, muito especialmente quando a vontade de mudar provém de alguém exterior a ele próprio, provocando normalmente uma reacção de resistência. Assim, no processo de mudança terá de ser considerada como elemento primordial a resistência que as pessoas geralmente apresentam à mudança e a forma de a ultrapassar, mesmo antes de se iniciar a implementação dessa mudança (Marques, 1997).

O mesmo autor adianta ainda que a energia que as pessoas estão dispostas a aplicar no processo de mudança é proporcional ao nível de insatisfação que sentem na situação actual e ao benefício que pensam que lhes advirá pelo facto de mudarem. Se não estiverem convencidas de que a mudança lhes é benéfica, se não sentirem que têm bastante a ganhar com a mudança, a energia que irão despende será exactamente de sinal contrário, ou seja, não só não irão mudar, como irão boicotar o processo de mudança (Marques, 1997).

Tendo em conta este cenário, marcado pela contestação da população onde o dispêndio de energia na tentativa de resistir à mudança da sua habitual fonte de cuidados é manifestado pelo, já referido, Movimento dos Utentes dos Serviços Públicos, [a título de exemplo citam-se os esforços desenvolvidos em parceria com a União dos Sindicatos de Lisboa como abaixo-assinados, manifestações e concentrações frente ao Ministério da Saúde (Correio da Manhã, 09/02/2006; Público, 09/02/2006; TSF, 12/04/2006)].

O presente estudo propõem-se verificar se o encerramento do Hospital do Desterro representou algum impacto no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde, por parte da população, por ele, anteriormente servida, mais especificamente, no acesso ao serviço de Consulta Externa de Medicina Interna. A selecção desta especialidade, como adjectivo restritivo dos sujeitos em estudo, deve-se, em grande parte, a uma motivação pessoal gerada pelo exercício profissional e pela associada aquisição de competências na interacção com este tipo de utentes.

### **1.1. Formulação da Problemática**

Lakatos e Marconi (2006), salientando a importância da correcta formulação do problema de investigação, citando Rudio (1979, p. 75), afirmam que este “deve dizer de maneira explícita, clara, compreensível e operacional qual a dificuldade com a qual nos deparamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e as suas características”.

Com esta finalidade em vista, torna-se necessário delimitar o objecto em estudo e identificar os seus adjectivos explicativos e restritivos, bem como as circunstâncias que lhes estão subjacentes e que representam uma condição indispensável para a realização do estudo.

Desta forma, sabendo de antemão que o serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro foi absorvido pelo serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital de S. José em Dezembro de 2006, surge:

*Objecto de Estudo:* Acesso a Serviços de Saúde, nomeadamente, à consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, no ano de 2008 dos sujeitos a seguir identificados.

*Sujeitos do Estudo:*

**Grupo 1** – será contemplada uma amostra de todos os indivíduos que, nos três meses que antecederam a transferência da consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro para o Hospital de S. José, foram utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro (Outubro, Novembro e Dezembro de 2006);

**Grupo 2** – será contemplada uma amostra de todos os utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, dos três meses que antecederam a referida transferência (Outubro, Novembro e Dezembro de 2006).

Tal como é expresso por Fortin (2003), as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. As questões devem ser enunciados interrogativos, escritos no presente e de forma precisa, devendo incluir uma ou duas variáveis e a população estudada.

Fortin (2003) explica ainda que as questões decorrem directamente do objectivo e especificam os aspectos a estudar determinando a forma de colocação das perguntas de investigação e os métodos que irão ser utilizados para obter uma resposta.

Posto isto, a problemática em estudo surge sob a forma de interrogações:

1 - Haverá diferenças de Acesso Potencial (características a nível da população, a nível do ambiente externo e a nível da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José) à consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, entre os antigos utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro (dos três meses que antecederam a transferência do serviço), e os utilizadores da consulta externa de Medicina

---

Interna do Hospital de S. José (do período acima descrito) que nunca sofreram uma transferência de serviços?

2 - Haverá diferenças de Acesso Realizado (utilização no ano de 2008 e satisfação) à consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, entre os antigos utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro (dos três meses que antecederam a transferência do serviço), e os utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José (do período acima descrito) que nunca sofreram uma transferência de serviços?

3 - Qual a percepção do grupo I (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) acerca dos efeitos do encerramento do Hospital do Desterro no acesso à consulta externa de Medicina Interna?

4 - Poderão a falta de conhecimentos no que respeita à deslocação do domicílio ao HSJ, a falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até às instalações do Serviço de consulta Externa de Medicina Interna, a incompatibilidade do horário de funcionamento da consulta com a disponibilidade do utente, o tempo de espera para ser atendido antes da consulta, o tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do HSJ, os gastos totais de uma ida à consulta e o tempo dispendido na viagem do domicílio para o HSJ constituir razões para a não comparência de ambos os grupos à(s) consulta(s) de Medicina Interna marcada(s) em 2008 no HSJ?

## **1.2. Justificação do Estudo**

Perante o cenário marcado pelo encerramento do Hospital do Desterro, e tendo em conta que uma das categorias de determinantes da utilização dos serviços de saúde inclui as estruturas e processos que constituem a organização desses serviços, como sejam a disponibilidade de recursos, a acessibilidade geográfica, a acessibilidade social (Zucchi, Nero e Malik, 2000), e os factores que condicionam o percurso do indivíduo enquanto utilizador dos serviços de saúde (Aday e Andersen, 1974), seria importante proceder a uma avaliação relativa a esta nova realidade fortemente marcada pela dinamização e mutação repentina de algumas dessas estruturas e processos de prestação de cuidados de saúde à população que era servida pelo Hospital do Desterro.

---

O conceito de saúde consignado na legislação portuguesa constitui-se como um direito dos cidadãos a ser realizado pelo estado “através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. (Constituição da República Portuguesa, 2005).

Para além destas características do Serviço Nacional de Saúde, consta ainda na Constituição da República Portuguesa e na Lei de Bases da Saúde, uma referência expressa à importância do acesso aos cuidados de saúde: “o Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por garantir a equidade no acesso dos utentes com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados”. (Lei nº. 48/90, de 24 de Agosto com as alterações introduzidas pela Lei nº. 27/2002, de 8 de Novembro).

Articulando todo este conjunto de ideias, pode dizer-se, como é sugerido por Gulliford et al (2001), que facilitar o acesso relaciona-se com a promoção de uma gestão apropriada dos recursos em cuidados de saúde, por parte da população, de forma a preservar ou promover a sua saúde. Segundo estes autores, associados a esta definição, surgem pelo menos quatro aspectos de relevo:

- 1 – Se os serviços se encontram disponíveis e em adequado número e localização, então, a população deve ter acesso a esses serviços;
- 2 – A extensão em que determinada ‘população ganha acesso’ a serviços de saúde também depende da presença de barreiras socioculturais, organizacionais e financeiras que limitam a utilização dos serviços.
- 3 – Os serviços disponíveis devem ser relevantes e efectivos de modo a que a população consiga atingir resultados de saúde satisfatórios.
- 4 – A disponibilidade de serviços e a presença de barreiras de acesso, devem ser consideradas em cada contexto e sob várias perspectivas, nomeadamente, de acordo com as necessidades em saúde e com os padrões culturais dos diversos grupos na sociedade.

Tendo em conta que, tal como Hortale, Pedrosa e Rosa (2000) defendem, é através da orientação pelo valor acesso que, as organizações conseguem:

- Promover e concretizar a responsabilidade com as necessidades da população e com os valores sociais;
- Avaliar a efectividade na produção de resultados na saúde da população;

- Atribuir a devida relevância às decisões estratégicas com os processos de adaptação;
- Analisar a coerência dos serviços com as necessidades da população;
- Que seja manifestada a legitimidade e confiança no sistema de saúde por parte da população.

O estudo de acesso a serviços de saúde acaba por revestir-se de uma crucial importância em qualquer contexto. No entanto, a situação particular em estudo, marcada pela mudança a nível da habitual fonte de cuidados, caracterizada pela integração de um grande volume de serviços em outros já comprometidos com uma elevada procura, tornam, certamente, a realização deste estudo ainda mais pertinente.

### **1.3. Objectivos do Estudo**

Fortin (2003), descreve o objectivo como um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação tendo em conta o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão, especificando para o efeito, tanto as variáveis chave como a população alvo e como o contexto em que se desenrola a investigação.

Para levar a cabo este trabalho foi necessário elaborar alguns objectivos, os quais permitirão coordenar todas as actividades a desenvolver em cada etapa da investigação.

#### ***Objectivo 1***

Verificar se existem diferenças a nível do acesso à consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José entre os utilizadores dos últimos três meses (Outubro, Novembro e Dezembro de 2006) do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro (Grupo I) e os utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, no período acima descrito (Grupo II).

#### ***Objectivo Específico 1.1***

Verificar se existem diferenças nos componentes de Acesso Potencial (características a nível da população, a nível do ambiente externo e a nível da consulta externa de Medicina

---

Interna do Hospital de S. José) à consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, entre o Grupo I (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) e o Grupo II (utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, no período acima descrito);

***Objectivo Específico 1.2***

Verificar se existem diferenças nos componentes de Acesso Realizado (utilização em 2008, e satisfação) à consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, entre o Grupo I (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) e o Grupo II (utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, no período acima descrito);

***Objectivo 2***

Averiguar qual a percepção do Grupo I (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) acerca dos efeitos do encerramento do Hospital do Desterro no acesso à consulta externa de Medicina Interna;

***Objectivo 3***

Verificar se determinadas condições (falta de conhecimentos no que respeita à deslocação do domicílio ao HSJ, falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até às instalações do Serviço de consulta Externa de Medicina Interna, incompatibilidade do horário de funcionamento da consulta com a disponibilidade do utente, tempo de espera para ser atendido antes da consulta, tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do HSJ, gastos totais de uma ida à consulta e tempo dispendido na viagem do domicílio para o HSJ) constituem razões para a não comparência do Grupo I (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) e do Grupo II (utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, no período acima descrito) à(s) consulta(s) de Medicina Interna marcada(s) em 2008 no HSJ.

---

## **2. CONTRIBUTO PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016**

O plano Nacional de saúde, como é descrito no prefácio do que ainda vigora, constitui o imprescindível guia orientador da gestão do Sistema Nacional de Saúde capacitando-o para o alcance de objectivos estratégicos como ganhos em saúde, inovação e mudança centrada no cidadão e articulação intersectorial para promoção do ajuste à realidade (Portugal, 2004).

Como é descrito por Ferrinho e Simões (2009, p.2) quando questionados sobre o que esperar do novo Plano Nacional de Saúde 2011-2016, surge como resposta, para além do “processo de continuidade ideológica em relação ao Plano anterior”, a identificação de quatro possíveis grandes temas onde a equidade e o acesso a serviços de saúde toma lugar privilegiado. Neste sentido, o conhecimento aprofundado sobre esta dimensão torna-se imprescindível para a correcta e rigorosa determinação das respectivas estratégias em saúde. É nesta perspectiva que surge o presente capítulo onde numa primeira parte é abordada a evolução no estudo dos sistemas de saúde e o lugar que a dimensão acesso ocupa em cada um desses modelos e, numa segunda parte, onde é explicada a complexidade do conceito bem como os marcos teóricos no estudo do acesso a serviços de saúde.

### **2.1. Contextualização da Dimensão Acesso na Classificação dos Sistemas de Saúde**

Dando conta do processo evolutivo na construção de modelos conceptuais para o estudo dos sistemas de saúde, pode dizer-se que as questões relacionadas com o acesso a serviços de saúde têm marcado uma presença cada vez mais significativa.

Em 1974, Donabedian insere as questões ligadas ao acesso a serviços e cuidados de saúde na dimensão dos aspectos de orientação dos serviços de saúde, mais especificamente nos objectivos orientados para o cliente.

Segundo este autor, entre todos os objectivos orientados para o cliente (*a*) acesso aos serviços, *b*) utilização dos serviços, *c*) qualidade dos cuidados, *d*) preservação da autonomia e dignidade do cliente, *e*) capacidade de resposta às necessidades, expectativas e interesses do cliente e *f*) liberdade de escolha), promover e facilitar acesso aos cuidados de saúde tem sido aquele para o qual tem sido dedicada mais atenção, nomeadamente através da implementação de múltiplos esquemas de financiamento, quer seja através de realização voluntária ou obrigatória de seguros de saúde, quer seja sob a forma de serviços governamentais.

Em 1991, Roemer, ao dar os primeiros passos na criação de uma “teoria geral sobre sistemas de saúde” (Sheaff, 1998), propõe uma base ética que defende que a decisão sobre qual o melhor sistema de saúde para determinada população deve ser baseada na capacidade



desse sistema de saúde em responder às necessidades dos cidadãos de forma acessível e efectiva e, por fim, resultar em ganhos em saúde. No entanto, o quadro de referência proposto por este autor reflecte apenas as funções e interdependências de cinco componentes sugeridos, nomeadamente, o Apoio Económico, a Organização de Programas, a Produção de Recursos, a Gestão e, finalmente, a Prestação de Serviços.

Na verdade, pode dizer-se que a teoria de Roemer acaba por ficar aquém do que seria de esperar em termos da sua base ética (Ferrinho, 2005).

Sheaff (1998), ao reformular a análise sobre sistemas de saúde proposta por Roemer, evidencia as suas limitações, de entre as quais faz sobressair a imprecisão na especificação de que tipos de cuidados de saúde existem, quem tem acesso a cada um deles, quais os serviços cuja utilização é relevante para a satisfação de determinadas necessidades dos utentes (por exemplo, algumas das cirurgias estéticas não são relevantes, a hemodiálise, normalmente, é) e quais os serviços cuja utilização será eficaz na satisfação das necessidades. Nas palavras de Ferrinho (2005), deveriam ser especificados:

- Quais os resultados em saúde esperados com cada sistema de saúde;
- Quais os impactos esperados no sistema social;
- Quais as características estruturais do sistema de saúde que produzem cada um dos resultados e impactos observados;
- Como é que estas características aparecem no contexto social em que o sistema de saúde opera, e;
- Que tipologia de estruturas de sistemas de saúde se podem observar e que tipologias são possíveis.

Assim, Sheaff (1998), para além das ligações dinâmicas entre os diferentes componentes (*property-relations*), acaba por introduzir no quadro de referência adaptado da teoria de Roemer, a dimensão acesso (livre, por pagamento ou através de triagem) a cada modelo de cuidados de saúde em existência (Sheaff, 1998), que é claramente determinada por uma sequência de influências desde o domínio da governança da saúde (marcado pelo contexto cultural, económico, político e pela organização e participação da sociedade civil) passando pela produção de recursos, pela organização do financiamento e pela organização da prestação de cuidados de saúde.

Dependendo de toda esta relação dinâmica é realizada uma classificação com base no desempenho onde é tomada em consideração a resposta dos serviços de saúde e a forma em que diferem os sistemas de saúde em termos de ganhos em saúde observados.

Também Murray e Frenk (2000), no modelo conceptual que propõem para o estudo dos sistemas de saúde, incluem o acesso a serviços de saúde na categoria de objectivos instrumentais enquanto precursores dos que defendem ser os três objectivos intrínsecos de qualquer sistema de saúde, nomeadamente, melhorar a saúde, melhorar a resposta às expectativas da população servida e garantir a justiça na contribuição financeira.

Tal como consta no Relatório Mundial de Saúde de 2000 da Organização Mundial da Saúde, fortemente marcado pelo contributo de Murray e Frenk, o acesso a serviços e cuidados de saúde (nomeadamente, a obtenção de cuidados imediatos em situações de emergência e tempos de espera razoáveis para situações não emergentes) aparece como elemento distinto da categoria “orientação para o cliente” que, por sua vez, paralelamente com a categoria “respeito pelas pessoas”, constitui o objectivo intrínseco melhorar a resposta às expectativas da população servida.

Note-se que, da mesma forma que os sistemas de saúde são objecto de estudo científico há relativamente pouco tempo (Ferrinho, 2005), também em Portugal as questões relacionadas com a equidade (à qual o acesso a serviços de saúde está fortemente associado) acabam por ser tardiamente reconhecidas como um objectivo no domínio da saúde. Na verdade, as questões do direito à saúde surgem pela primeira vez como uma meta a atingir apenas em 1976 com a Constituição da República Portuguesa (Lourenço et al, 2007).

Sabendo *à priori* que a teorização sobre sistemas de saúde:

- é ainda incipiente (Ferrinho, 2005);
- inicia-se com a realização de “juízos de valor” acerca de quais as principais metas a atingir à qual se segue a análise de um conjunto de evidências científicas sobre que efeitos cada tipo alternativo de sistema de saúde (ou partes dele) são congruentes com os “juízos de valor” atrás apontados (Sheaff, 1998);
- reveste-se de crucial importância não só para gerar conhecimento (fim unicamente científico) como também na decisão baseada na evidência acerca de novas estratégias em saúde, novas intervenções no campo da gestão e de natureza técnica (Sheaff, 1998);

e que diferenças no desenho, conteúdo e gestão dos sistemas de saúde são traduzidas em diferenças numa série de resultados socialmente valorados como ganhos em saúde, capacidade de resposta (*responsiveness*) ou justiça social (onde as questões da equidade e acesso voltam a sobressair) (Murray e Frenk, 2000), dá-se conta que o cenário a que se assiste é marcado pela constante mutação onde se procura avidamente todo o conhecimento necessário ao estabelecimento de um equilíbrio com o contexto multifacetado onde o sistema

---

de saúde opera para que este possa responder com alguma previsibilidade e estabilidade às necessidades de saúde da população (Ferrinho, 2005 citando Sakellarides, 2003). No entanto, o mesmo cenário também se caracteriza pela procura incessante de conhecimento (tanto no que diz respeito a modelos de sistemas de saúde e teorização adjacente como aquele que é obtido através da constante monitorização e avaliação das necessidades de saúde da população que serve) uma vez que não é raro surgir a necessidade de se tomarem decisões em saúde, muitas vezes complexas, fazendo recurso de uma fraca base evidencial (Ferrinho, 2005 citando Elling, 1994).

## **2.2. A Complexidade do Conceito de Acesso a Cuidados de Saúde**

Quando se fala em acesso a cuidados de saúde, é-se automaticamente reportado para a dimensão mutante do contexto onde os serviços de saúde operam. Neste contexto em permanente mudança, marcam lugar de destaque os indivíduos que se almeja que vejam optimizado o seu acesso a serviços de saúde esperando também que exerçam uma “cidadania mais centrada numa participação activa na vida pública em geral e nas coisas da saúde em particular” (Biscaia, 2006, p.63, citando Cabral, 1997) tornando-se elementos activos, intervenientes na “gestão da sua própria saúde” (Lapão, 2007, p.759). Acresce, no entanto, que estes indivíduos têm “liberdade para agir de modo nem sempre totalmente previsível e cujas acções se encontram interconectadas a tal ponto que a acção de um agente modifica o contexto para os outros agentes” (Ferrão e Biscaia, 2006, p.91). É nesta ordem de ideias que surge a complexidade do conceito de acesso a cuidados de saúde, objecto de estudo de inúmeros autores e marcado pela, talvez consequente, falta de uma definição clara acerca do significado do termo, bem como de um conhecimento aprofundado sobre quais os factores que o influenciam.

Na verdade, esta dificuldade tem vindo a ser reconhecida ao longo do tempo, tanto por autores como Aday e Andersen (1974) que, defendendo que o conceito de acesso e correspondentes métodos de avaliação ao serem desprovidos de qualquer definição conceptual ou empírica acabam por transformar-se numa ideia política incapaz de evoluir no sentido de uma desejável ideia operacional, como por Penchansky e Thomas (1981) que afirmam que o problema ultrapassa a necessidade de uma definição precisa de acesso ou a atribuição de múltiplos significados ao termo, colocando-se na confusão gerada pelo uso de palavras como acessibilidade e disponibilidade de serviços como sinónimos de acesso que, por si só, também se encontram insuficientemente definidos.

---

A mesma ideia é partilhada por Frenk (1985) que, para além de identificar o problema da aplicação equivalente de termos relacionados mas semanticamente distintos do termo acesso, deixa patente a sua preferência em denominar acessibilidade ao fenómeno identificado como acesso pela maioria dos autores, substituindo este último, pela expressão “poder de utilização” (*utilization power*), claramente associado ao pólo população que, por sua vez, é oposto ao pólo serviços de saúde dotados de barreiras e cuja soma do seu peso é denominada pelo autor como “resistência” com a qual o poder de utilização entra em confronto.

Outra das ambiguidades apontadas por Frenk (1985) é manifestada na tendência para considerar a acessibilidade (sendo ela o ajustamento entre recursos de saúde e população) como uma característica própria da população de potenciais utilizadores de serviços ou, pelo contrário, como uma característica inerente aos serviços de saúde.

Mais uma vez se identificam aqui os problemas relacionados com os diversos significados, muitas vezes antagónicos, atribuídos ao mesmo termo.

Em 1993, Millman volta a reconhecer a mesma realidade. Segundo as suas palavras, a dificuldade na definição e medição do conceito tem conduzido à sua avaliação através de indicadores reducionistas como a cobertura por seguros de saúde ou como a existência de adequado número de médicos e hospitais em determinada área geográfica.

Porém, o mesmo autor adianta que não é o facto de ter um seguro de saúde ou viver próximo das instituições de saúde que garante o usufruto dos serviços de saúde por parte de quem deles tem necessidade [embora estudos de Grumbach et al (1997) venham a detectar associações entre elevados números de médicos e melhor acesso a cuidados de saúde].

Em 1998, Gold faz também referência à importância que o termo acesso tem assumido ao longo do tempo. Porém, não deixa de lembrar que, a par da grande preocupação por esta temática, coexiste um forte desacordo no que toca a formas de medir acesso e de determinar se é ou não equitativamente distribuído pela população.

Mais recentemente a indefinição de acesso continua a ser apontada em muitos dos estudos relacionados com a matéria. A título de exemplo toma-se o trabalho de Gulliford et al (2002) (onde se defende que acesso é um conceito complexo que deve ser avaliado tendo em consideração várias dimensões, nomeadamente a disponibilidade de serviços, a utilização efectiva desses serviços condicionada por barreiras ao acesso, a relevância e efectividade dos cuidados e respectiva equidade), a síntese teórica de Ricketts e Goldsmith (2005) (que caracterizam o conceito de acesso como vago e obscuro para a maioria dos decisores políticos bem como para os prestadores de cuidados), o estudo de Pierce (2007) [que afirma ser frequente a redução do termo acesso a problemas de insuficiência de infra-estruturas e

---

serviços de saúde, quando, na verdade, segundo Dadey (2008) o termo acesso engloba, para além das características individuais de quem procura cuidados de saúde, uma larga panóplia de actores e intermediários nos quais se incluem as instituições de saúde e os prestadores de cuidados.], ou o artigo publicado pelo Instituto para o Desenvolvimento Social das Nações Unidas (2007) na sequência do seminário “*Equitable Access to Health Care and Infectious Disease Control: Concepts, Measurements and Interventions*” onde se confirma haver consenso na ideia de que é necessário promover o acesso a serviços de saúde, mas salientando a falta de acordo no que diz respeito ao que o termo acesso significa actualmente, bem como à sua operacionalização.

Por outro lado, mesmo mediante a pluralidade de definições atribuídas ao conceito de acesso [seja a capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população (Donabedian, 1973), seja o grau de ajustamento entre as necessidades de saúde da população e a capacidade do sistema em responder a essas necessidades (Penchansky e Thomas, 1981) seja a utilização de serviços de saúde em tempo adequado de modo a conseguir o melhor resultado possível (Millman, 1993), seja o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde (Donabedian, 2003) ou a oportunidade de utilização apropriada de serviços de saúde por parte de utentes que, empoderados, são capazes de tomar decisões que orientam a procura de cuidados de saúde (McIntyre e Mooney, 2007)], este está sempre intimamente associado às noções de necessidade e equidade, que por seu turno, também são marcadas pela sua natureza subjectiva potenciadora de ambiguidade.

Quanto ao termo necessidade, já Aday e Andersen (1974) tinham alertado que mesmo fazendo a distinção entre necessidade percebida pelo indivíduo e necessidade diagnosticada, existe sempre a forte possibilidade das percepções individuais e as avaliações profissionais serem variáveis de pessoa para pessoa. Na verdade, tal como Oliver e Mossialos (2004) referem, tem-se assistido a um forte desacordo sobre o que constitui necessidade de cuidados de saúde, daí que compreender, definir, medir e comparar necessidades individuais em saúde se revele difícil e uma tarefa altamente complexa.

Relativamente ao termo equidade, a carência de uma definição precisa e uma noção objectiva acerca do seu significado torna-se igualmente premente. Sabe-se que a equidade [tida por Donabedian (2003) como um dos componentes da qualidade em cuidados de saúde e definida como a conformidade com o princípio que determina o que é justo e equitativo na distribuição de cuidados de saúde e seu usufruto entre os membros de uma população], para além de carecer de um quadro de referência bem desenvolvido e baseado no consenso dos

---

diferentes autores, [limitando por isso, o desenho de estratégias orientadas para a equidade em cuidados de saúde (Travassos, 2008)], devido às crescentes preocupações éticas e económicas é um princípio que todos os decisores políticos almejam no estado de saúde e na obtenção de cuidados de saúde tornando-se uma questão prioritária para organizações internacionais como a OMS, a OPAS ou a OCDE (Wallace e Gutiérrez, 2005). A associação com os direitos humanos faz da equidade em saúde um conceito ético baseado no princípio de justiça social mas que, segundo Braveman e Gruskin (2003), não é passível de medição directa.

Na verdade, esta condição advém do facto de nem todas as diferenças em saúde reflectirem necessariamente inequidade em saúde implicando esta característica que a avaliação da equidade em saúde exija comparar indicadores de saúde mas também os seus determinantes entre grupos sociais mais ou menos privilegiados (Braveman e Gruskin, 2003).

Para pôr em prática esta tarefa convém não esquecer que os problemas de saúde variam entre os diferentes grupos, que a necessidade de cuidados de saúde para problemas similares também é variável e que cada grupo tem as suas próprias prioridades e valores (Gulliford et al, 2002). Isto é conducente à noção de equidade vertical [tratamento desigual para necessidades desiguais (Gulliford et al, 2002 e McIntyre e Mooney, 2007) ou diferentes necessidades deverão ter diferentes e apropriadas oportunidades de aceder a cuidados de saúde (Oliver e Mossialos, 2004 e McIntyre e Mooney, 2007)] conhecida por ser mais difícil de medir que a equidade horizontal [acesso justo para grupos com necessidades equivalentes (Gulliford et al, 2002) ou iguais oportunidades de acesso a cuidados de saúde (Oliver e Mossialos, 2004)] com a qual se confronta muito devido ao fraco consenso acerca de como e quando a equidade vertical pode considerar-se existente (Gulliford et al, 2002 e McIntyre e Mooney, 2007).

Para além da ambiguidade potenciada pela indefinição de necessidade e pela difícil avaliação da equidade em saúde, outro dos factores que contribui para que medir e avaliar o acesso a cuidados de saúde se revele um complexo desafio, é a sua ligação intrínseca a um contexto mutante.

Tal como Gold (1998) refere no seu estudo, a reconfiguração do sistema marcada pelo crescimento de novas formas de gestão e filosofias baseadas na eficácia e custo-efectividade implicam necessariamente uma adaptação dos tradicionais métodos de medição e avaliação de acesso a cuidados de saúde.

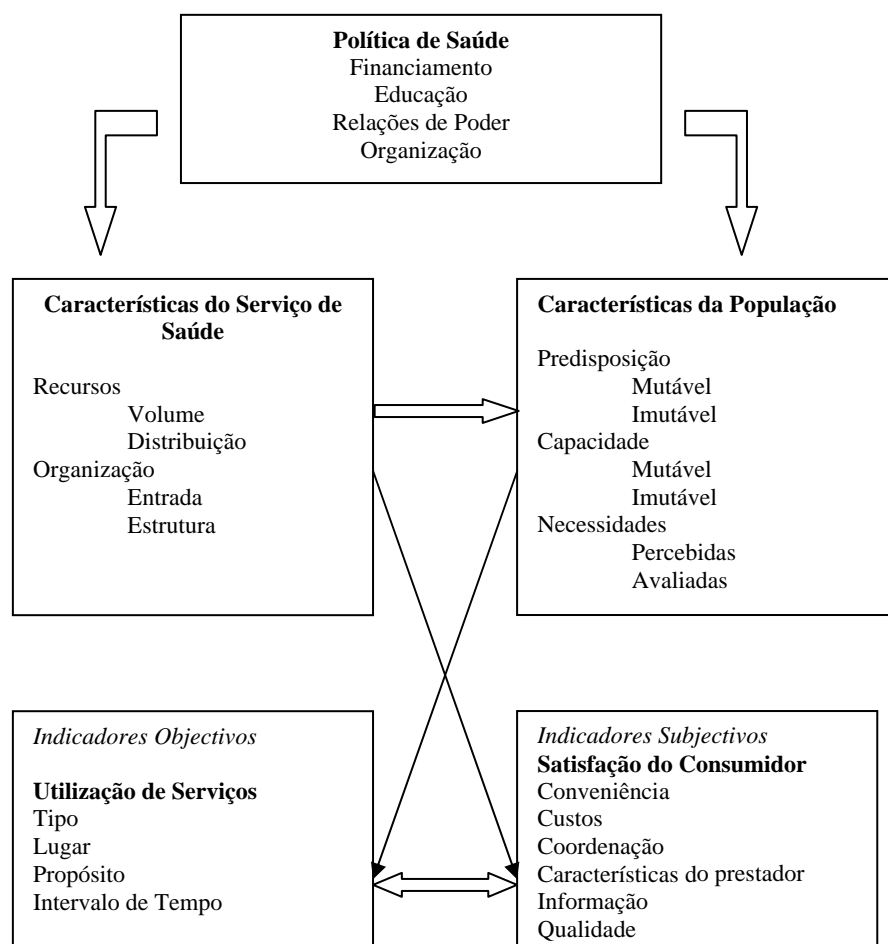
Por estes motivos, e tal como diz (Gulliford et al, 2002), reconhecer que acesso é um conceito multidimensional ajuda a explicar os conflitos gerados em torno da sua definição

bem como as tensões que surgem na tentativa de o promover através da implementação de diferentes medidas.

### 2.2.1 Os marcos teóricos no estudo do Acesso

Vários foram os marcos teóricos que contribuíram e continuam a contribuir para a compreensão do complexo conceito de acesso a serviços de saúde. Destacam-se os trabalhos de Aday e Andersen citados em quase todos os artigos que serviram como fundamentação teórica para o presente estudo. Na verdade estes autores, ao tomarem como base o Modelo Comportamental da utilização de serviços de saúde (Andersen e Newman, 1973), propõem um quadro de referência para o estudo do acesso (Figura 1) que vai para além da consideração da entrada do utente no serviço de saúde para usufruir da prestação de serviços.

Figura 1 – Quadro de referência para o estudo do acesso a serviços de saúde proposto por Aday e Andersen (1974).



Fonte: Aday e Andersen 1974

---

Segundo estes autores, as políticas de saúde ocupam uma posição de destaque no quadro de referência proposto, sendo mesmo consideradas o ponto de partida para o estudo do conceito de acesso.

Aday e Andersen (1974) justificam-se alertando que as questões de acesso a cuidados de saúde têm um contexto político associado e são uma importante meta a ser perseguida por muitas políticas de saúde através da implementação de programas de financiamento, de educação e de reorganização de serviços.

As características do serviço de saúde surgem para estes autores como outra condicionante de acesso e referem-se à forma como a potencial prestação de serviços é organizada. Compreende dois elementos principais: recursos e organização. Os recursos compreendem o volume e distribuição de mão-de-obra e capital dedicados aos cuidados de saúde de determinada área. A organização compreende a forma de utilização dos referidos recursos pelo sistema, ou seja, a maneira como os profissionais de saúde e os respectivos serviços são coordenados e controlados no processo de prestação de cuidados de saúde. Dentro da dimensão da organização surgem ainda os componentes de entrada no sistema (tempo de espera, tempo de viagem...) e de estrutura, determinando esta o percurso do utente no sistema desde a sua admissão (Aday e Andersen, 1974).

De acordo com o Modelo Comportamental de Andersen e Newman (1973), as características da população em situação de risco são divididas três determinantes individuais de utilização: predisposição, capacidade e necessidade.

A predisposição compreende as variáveis existentes antes do episódio de doença que descrevem a propensão dos indivíduos a utilizarem os serviços. Incluem-se atributos como o sexo ou a raça e características como religião e valores sobre saúde e doença.

A capacidade refere-se aos meios com que os indivíduos contam para utilizar os serviços onde se incluem recursos individuais ou familiares (p.e. o rendimento ou cobertura por seguro) bem como atributos da comunidade em que cada indivíduo se insere (p.e. o carácter rural ou urbano da região).

O componente necessidade, seja percebida pelo indivíduo ou avaliada pelo serviço de saúde é associado por Aday e Andersen (1974), ao nível de doença que, por sua vez, é identificado por estes autores como a causa mais imediata da utilização de serviços de saúde. Nele incluem-se o estado de saúde percebido, os sintomas de doença, incapacidade na necessidade percebida e registos médicos, diagnóstico e cirurgias na necessidade avaliada.



---

Segundo os mesmos autores, o nível e padrão de utilização dos serviços de saúde é visto como uma medida para testar o valor preditivo dos indicadores de acesso baseados no sistema e nos indivíduos.

A utilização dos serviços de saúde é caracterizada por Aday e Andersen (1974) em termos de tipo, lugar, motivo e intervalo de tempo compreendido. O tipo de utilização refere-se ao carácter do serviço recebido e ao profissional que o prestou: médico de família, dentista, farmacêutico, etc. Em termos de lugar é considerado o departamento onde o serviço foi recebido: consultório, hospital de dia, urgência, etc. O motivo da visita deve esclarecer se os cuidados recebidos são de carácter preventivo (como imunizações p.e.), relacionados com a presença de doença (podendo ser curativos no caso de doença aguda ou centrados na estabilização e controlo de doenças crónicas) ou dirigidos para a satisfação de necessidades básicas (prestados em lares de terceira idade ou casas de repouso, p.e.).

O tempo de intervalo nos cuidados recebidos pode ser expresso em termos de contacto (refere-se à entrada de uma pessoa no sistema num determinado período de tempo), volume (refere-se ao número de contactos num dado período de tempo reflectindo quem entra no sistema e quantas vezes é usado por determinada pessoa) e continuidade (reflecte o grau de ligação e coordenação dos serviços de saúde associados a um episódio de doença em particular).

Finalmente o grau de satisfação após a utilização dos serviços é associado pelos autores à atitude para com o serviço de saúde adoptada pelos indivíduos que tenham tido contacto com o mesmo. As dimensões sugeridas relacionam-se com a satisfação com a conveniência dos cuidados recebidos, com a sua coordenação e custos, com a simpatia dos profissionais, com a informação oferecida sobre o próprio problema de saúde e com o julgamento que o paciente faz acerca da qualidade do serviço recebido.

As relações entre os diversos componentes do quadro de referência proposto são explicadas por Aday e Andersen (1974) da seguinte forma:

- As políticas de saúde tendem a modificar directamente as características do serviço de saúde (aumentando o rácio de médicos em determinada área, por exemplo) e através de programas influir directamente nas características da população em risco (na educação, por exemplo) ou indirectamente, através do serviço de saúde (a deslocação de unidades de saúde pode potenciar uma diminuição do tempo de viagem de determinado grupo de indivíduos, por exemplo).

---

Note-se que apenas as propriedades mutáveis da população em risco são susceptíveis de serem alteradas pelas políticas de saúde, contrariamente às características imutáveis, mais propriamente consideradas como delineadores de grupos para os quais o acesso a serviços de saúde difere da restante massa populacional;

- O serviço de saúde influencia os padrões de utilização e a satisfação que os utentes experimentam após a sua utilização. Para além destes, também as características da população em risco poderão ser modificadas (através de programas de educação para a saúde) o que, por consequência, poderá resultar numa alteração dos padrões de utilização e níveis de satisfação experimentados;

- Por outro lado, as características da população podem, por si só, determinar a utilização dos serviços e consequente nível de satisfação;

- Por sua vez, a utilização e satisfação acabam por assumir uma relação de interdependência e interinfluência.

Aday e Andersen (1974) salientam que as características do sistema e da população podem influenciar a entrada no serviço de saúde porém, a prova de acesso passa, não simplesmente pela disponibilidade de serviços e recursos, mas pela sua utilização por parte dos indivíduos que deles têm necessidade.

Aday e Andersen (1974) fazem ainda a distinção entre indicadores de processo e indicadores de resultado. Os primeiros compreendem as características do serviço de saúde e as características da população em risco que, por sua vez, são determinantes dos indicadores de resultado, nomeadamente a utilização de serviços e satisfação consequente.

Ainda em 1974, Aday e Andersen, citando Donabedian reforçam que as barreiras ao acesso não são apenas de índole económica mas também de natureza psicológica, social, organizacional, espacial, temporal, relacionadas com falta de conhecimentos, entre outras, e que ao considerar-se acesso como a obtenção de cuidados por quem deles tem necessidade deve ter-se em atenção que as percepções dos utentes bem como as avaliações dos profissionais de saúde relativamente à necessidade podem ser variáveis.

Mais tarde, Aday e Andersen, em parceria com outros peritos nas questões relacionadas com o acesso a serviços de saúde, fazem a revisão ao modelo acima proposto na tentativa de simplificar a mensuração de acesso (cujas complexidade era apontada como causadora de constrangimentos no delineamento de políticas de saúde) através da redução do

---

número de variáveis inicialmente proposto e colocando ênfase noutras variáveis cujos dados estão mais facilmente disponíveis ou requerem menores custos na sua colheita (Andersen et al, 1983).

Na sequência deste trabalho, os autores identificam duas categorias de acesso:

- Potencial, composto pelas características do serviço de saúde e características dos indivíduos de determinada área e;
- Realizado, reflectido nos indicadores objectivos (utilização dos serviços) e nos indicadores subjectivos (satisfação consequente).

Numa primeira fase, das 56 variáveis inicialmente propostas, 16 são eliminadas uma vez que recorrendo à análise factorial os autores acabam por considerar que a colheita de dados respeitante a estas 16 variáveis pouca informação acresce quando comparada com a de outras variáveis presentes no quadro de referência.

Andersen et al (1983) apontam como variáveis eliminadas: as que se referem à cobertura por seguros de saúde (excepto as que cobrem serviços hospitalares e de saúde oral), variáveis que se referem à preocupação com a saúde (excepto estado de saúde percebido), existência de fonte habitual de cuidados de saúde, número de episódios de doença incapacitante, tempo decorrido desde o último exame físico, satisfação com a simpatia dos profissionais de saúde, satisfação com os custos da viagem, satisfação com o tempo de espera desde a marcação da consulta até à sua obtenção, satisfação com o tempo de contacto com o médico, satisfação com a informação recebida e satisfação com o interesse demonstrado pelo médico.

Numa segunda fase, os mesmos autores tentam eliminar os indicadores de acesso potencial que não se relacionam significativamente com os indicadores de acesso realizado, no entanto, as associações conseguidas são, na sua generalidade, de insuficiente magnitude para que se possa recomendar com segurança a substituição de variáveis (Andersen et al, 1983).

Numa terceira fase, os autores referem haver uma maior viabilidade na utilização de determinadas variáveis como o tempo de viagem, tempos de espera, custos de uma consulta, em vez de variáveis como satisfação com o tempo de viagem, satisfação com tempos de espera e satisfação com custos de uma consulta (cuja colheita de dados apenas é possível questionando os próprios utentes) uma vez que existe uma forte associação entre elas e a sua substituição pode representar uma significativa redução de custos (Andersen et al, 1983).

Contemporâneos a Aday e Andersen surgem os estudos de Penchansky e Thomas (1981) propondo uma definição taxonómica de acesso onde o vasto e ambíguo conceito é desagregado num conjunto definido de barreiras ao acesso que constituem cinco dimensões a partir das quais são conseguidas definições específicas e para as quais poderão ser desenvolvidas medidas operacionais (Penchansky e Thomas, 1981).

Na visão destes autores o acesso é definido como o grau de ajustamento entre clientes e sistema através de cinco áreas específicas com as quais se relacionam as características capacitantes do Modelo Comportamental de Andersen. São elas (tradução das designações proposta pela ERS, 2009):

- Capacidade – relação entre volume e tipo de serviços (e recursos) existentes e volume e tipos de necessidades dos indivíduos;
- Proximidade – relação entre a localização geográfica dos serviços e a localização geográfica dos indivíduos, tendo em atenção os seus recursos relacionados com o transporte, o tempo de viagem, a distância e custos implicados;
- Adequabilidade – relação entre a forma de organização dos recursos visando o atendimento dos indivíduos (incluindo entre outros, formas de marcação de consultas e horários de funcionamento) e a respectiva capacidade de ajustamento dos indivíduos, dotados de restrições e preferências, bem como a sua percepção acerca da adequação da referida forma de organização;
- Esforço Financeiro – relação entre os custos dos serviços e a capacidade dos indivíduos em pagar esses serviços. Nesta dimensão tem-se ainda em conta a percepção do indivíduo sobre o valor a pagar;
- Aceitabilidade – refere-se ao cumprimento das expectativas dos indivíduos acerca das características pessoais e profissionais dos prestadores de cuidados bem como às atitudes dos prestadores em relação às características dos utentes.

Note-se que estas cinco dimensões não são completamente independentes umas das outras. Tal como é descrito pela ERS (2009), apesar de as dimensões proximidade e capacidade serem dotadas de uma “vertente espacial” e as dimensões esforço financeiro, aceitabilidade e adequabilidade se caracterizarem por serem essencialmente não-espaciais

---

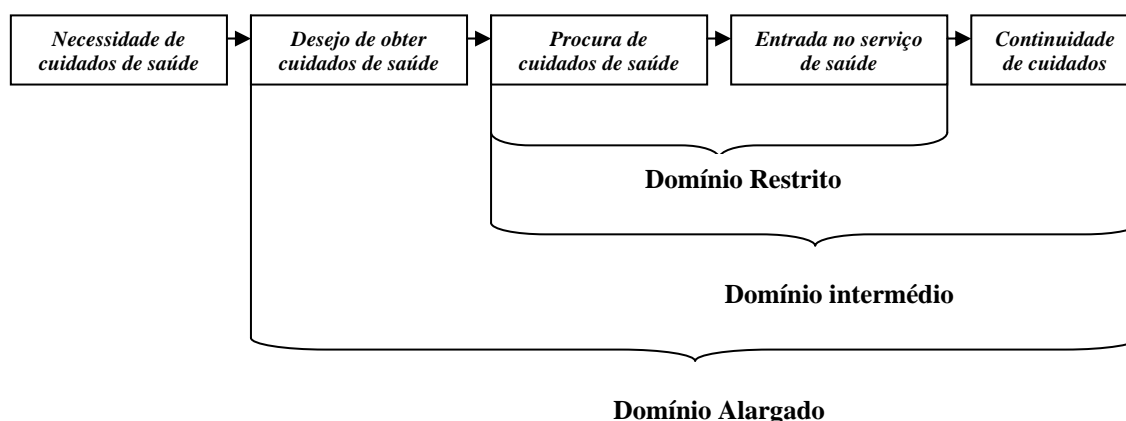
reflectindo os “sistemas de financiamento e organização dos cuidados de saúde e factores culturais” (ERS, 2009, p. 21), Penchansky e Thomas (1981) alertam que a capacidade influencia a adequabilidade e a aceitabilidade. É ilustrado como exemplo o facto de poder haver uma maior selecção de utentes direccionada para as características mais convenientes para os prestadores de cuidados quando se verifica que a procura de cuidados de saúde é superior à oferta.

Ao analisarem as dimensões de acesso na perspectiva de satisfação do utente, Penchansky e Thomas (1981) sugerem que a satisfação na dimensão adequabilidade é negativamente influenciada pelo tempo de espera para conseguir uma consulta e pelo tempo dispendido na sala de espera. Notaram também que um menor número de consultas realizadas e uma maior preocupação com questões de saúde se relacionavam com uma menor satisfação nesta dimensão.

Relativamente à dimensão proximidade, são os indivíduos que mais tempo dispendem na viagem que se encontram mais insatisfeitos. Para além destes, os autores identificaram as donas de casa como mais insatisfeitas no que diz respeito a esta dimensão, à semelhança dos indivíduos que detêm uma ideia negativa acerca do seu próprio estado de saúde. O elevado número de consultas realizadas foi, por sua vez, associado a uma maior satisfação na dimensão proximidade. O grupo que mais tempo dispende na sala de espera voltou a ser referido, desta vez como sendo mais insatisfeito no que diz respeito à dimensão capacidade e à dimensão esforço financeiro, esta última com satisfação também negativamente influenciada pelo longo tempo de viagem. Por último, altos níveis de satisfação na dimensão aceitabilidade são segundo Penchansky e Thomas (1981) associados a relações antigas entre médico-utente e a baixos níveis de escolaridade.

Outro grande marco na teorização sobre acesso a serviços de saúde é o trabalho de Júlio Frenk em 1985. Defensor do termo acessibilidade em vez de acesso a cuidados de saúde, alertando para o frequente problema da utilização equivalente de termos que carecem de uma definição clara (acesso, acessibilidade e disponibilidade de serviços), Frenk (1985) propõem um quadro de referência baseado numa sucessão de fenómenos que vai desde o desejo sentido pelo individuo que previamente percebeu a sua necessidade em obter cuidados de saúde, passando pela procura e entrada no serviço de saúde, terminando na continuidade de cuidados (Figura 2).

Figura 2 – Quadro de referência para o estudo do acesso a serviços de saúde sugerido por Frenk (1985).



Fonte: Frenk (1985).

Como pode ser observado na Figura 2, Frenk (1985) tenta clarificar os conceitos de acesso, acessibilidade e disponibilidade de serviços organizando uma série de domínios (um abrangente, outro intermédio e outro mais restrito) e defendendo que a forma mais útil para analisar a acessibilidade é restringir a análise ao domínio mais pequeno possível, neste caso àquele que descreve a procura de cuidados e obtenção dos mesmos evitando as atitudes e processos culturais, cognitivos e comportamentais inerentes ao desejo de procurar cuidados de saúde (Frenk, 1985). O autor justifica-se sugerindo que estes elementos poderão ser objecto de análise no estudo das necessidades de saúde, porém não chegam a ser determinantes específicos da utilização de serviços de saúde como o é a acessibilidade.

Tal como é descrito em Ricketts e Goldsmith (2005), Frenk apresenta vários outros conceitos que importa definir para a compreensão da sua aplicação no conceito de acessibilidade. Na análise do termo disponibilidade de serviços devem ter-se em conta os factores que afectam a sua produtividade uma vez que imprescindível não é apenas a sua mera presença mas, nas palavras de Donabedian (1974), citado por Frenk (1985), a sua capacidade em produzir serviços. O termo resistência é atribuído à zona intermédia entre a disponibilidade de serviços e a sua utilização e é definido como o conjunto de obstáculos relacionados com os recursos de saúde que surgem no processo de procura e obtenção de serviços (Frenk, 1985). O autor exemplifica o custo dos serviços (obstáculos financeiros), a sua localização geográfica (obstáculos ecológicos) e certas características geradas pela sua forma de organização como por exemplo os tempos de espera para obter cuidados de saúde (obstáculos organizacionais). Ao introduzir o conceito de resistência, Frenk (1985) corrige o termo disponibilidade de serviços para disponibilidade efectiva de serviços onde são tomados em conta os referidos obstáculos no processo de procura e obtenção de cuidados de saúde.

---

O termo resistência bem como os termos acessibilidade e disponibilidade de serviços são apontados por Frenk (1985) como relativos ao pólo serviço de saúde enquanto o termo acesso é dirigido ao pólo oposto, ou seja, à capacidade da população em obter cuidados de saúde desde que estes sejam desejados e dirigidos à satisfação de determinada necessidade.

Em mais uma tentativa de clarificação do conceito de acesso, Frenk (1985) propõem como sinónimo a expressão “poder de utilização” (equivalente, na sua opinião, à expressão “poder de compra” na perspectiva económica) que se refere à capacidade da população em transpor os obstáculos à procura e obtenção de cuidados que no seu conjunto formam o conceito de resistência.

Em jeito de síntese, Frenk (1985) acaba assim por introduzir a ideia de que acessibilidade está em função de factores como o acesso (ou poder de utilização, visto como o conjunto de características da população que a capacitam no processo de procura e obtenção de cuidados) e a efectiva disponibilidade de serviços (já corrigida com o peso dos obstáculos associados à procura e obtenção de cuidados de saúde).

Nos dias de hoje, os quadros conceptuais apresentados são maioritariamente baseados nos quadros de referência construídos pelos autores supracitados. Toma-se como exemplo o trabalho de McIntyre e Mooney (2007) que define acesso como a liberdade de utilização dos serviços de saúde e é norteado por um quadro de referência que inclui ideias já anteriormente defendidas como o “grau de ajustamento” entre indivíduos e comunidades e sistema de saúde de Penchansky e Thomas (1981) e três dimensões de acesso já introduzidas, também por estes autores: Capacidade, Esforço financeiro e Aceitabilidade. A inovação de McIntyre e Mooney (2007) passa pela importância atribuída à informação como elemento crucial para que possa perceber-se como se traduz o acesso potencial em utilização de serviços, sem esquecer o seu papel fundamental no empoderamento do indivíduo que o capacita para uma utilização apropriada de serviços (Travassos, 2007).

---

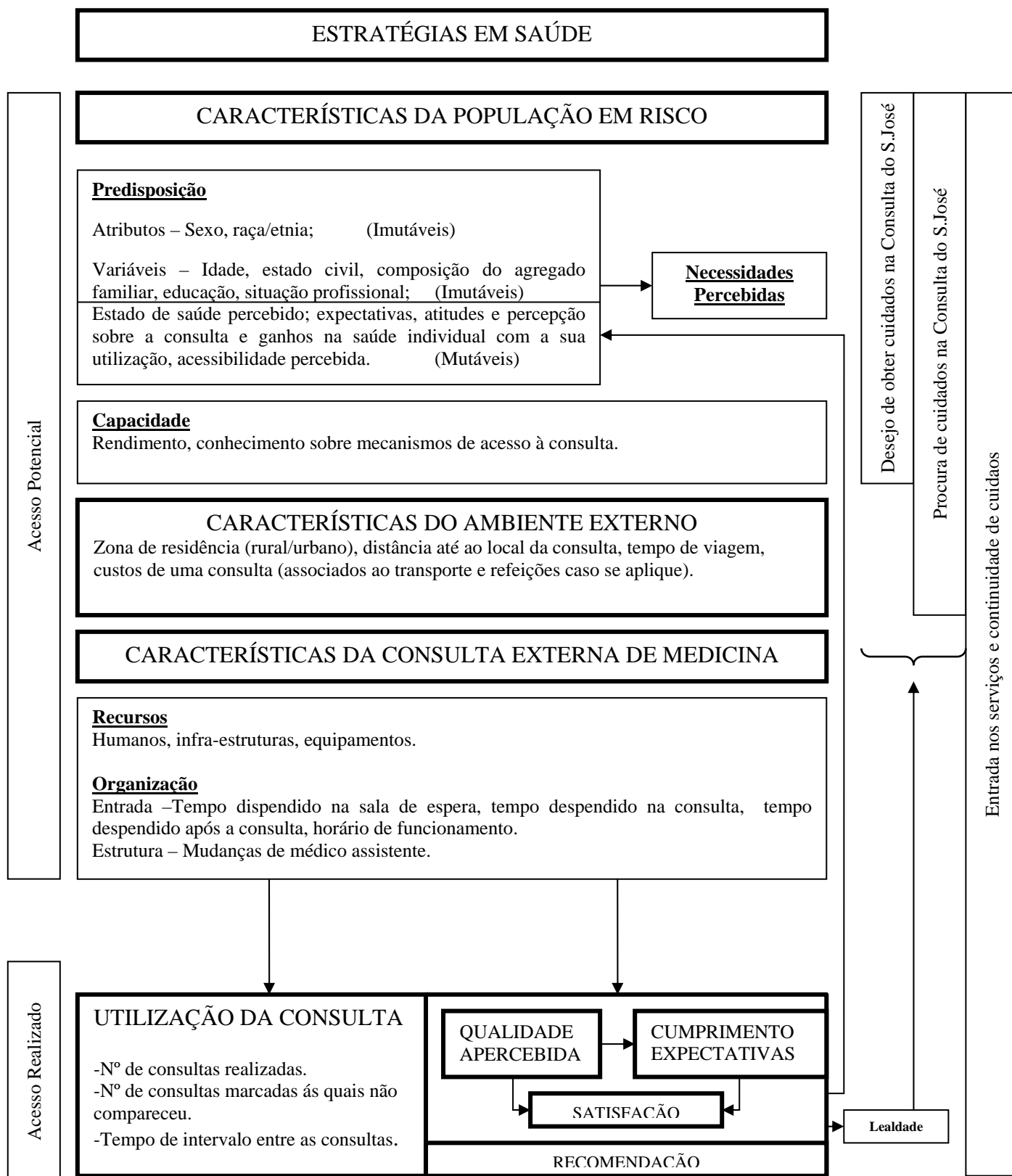
### **3. A CONSTRUÇÃO DO QUADRO DE REFERÊNCIA**

O presente quadro de referência (Figura 3) surge a partir da conjugação de opiniões de diversos autores sobre a conceptualização e mensuração de acesso a serviços de saúde e representa uma tentativa de adaptação à especificidade do problema em estudo, nomeadamente, o acesso de dois grupos populacionais específicos ao serviço de consulta externa do Hospital de S. José.

A reconstrução e a introdução de variáveis neste quadro de referência visa considerar de uma forma um pouco mais efectiva a relação dinâmica entre os diversos factores intervenientes e a consequente complexidade que caracteriza o conceito de acesso.



Figura 3 – Quadro de referência adaptado ao estudo do acesso à consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José.



## ESTRATÉGIAS EM SAÚDE

Em 2005, considerou-se no Fórum Internacional de Acesso Comum a Serviços de Saúde ocorrido no Chile que os sistemas de saúde deviam certificar-se de que os seus cidadãos usufruem de acesso universal e equitativo a serviços de saúde de boa qualidade. Neste mesmo Fórum, sublinhou-se ainda a importância de preservar o princípio de acesso enfrentando as mais variadas mudanças ao nível do contexto dos sistemas de saúde, como sejam, o envelhecimento populacional, o aumento da pressão financeira ou as crescentes expectativas públicas (International Fórum on Common Access to Health Care Services, 2005).

A nível nacional, e tal como é expresso por Justo (s.d.), desde 1976 que é garantido aos cidadãos o direito à protecção da saúde assegurado pela implementação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito, onde o acesso aos serviços é garantido independentemente da condição económica do cidadão.

Dado que o princípio de acesso se revela de uma importância singular, todas as estratégias a nível dos determinantes de saúde o devem ter em conta, uma vez que são o ponto de partida para a sua efectividade.

Nesta categoria relativa às estratégias em saúde, Aday e Andersen (1974), embora atribuindo-lhe a denominação de políticas de saúde, enfatizam a importância do financiamento, da educação, das relações de poder e dos programas de reorganização dos cuidados de saúde enquanto determinantes *major* com influência, tanto a nível das características dos serviços de saúde, como a nível das características do ambiente externo e algumas das características da população (as mutáveis).

Note-se que neste estudo é preferido o termo estratégias em saúde em detrimento do termo políticas em saúde devido à natureza particular da situação em estudo.

Segundo Ferrinho (2004), enquanto as políticas de saúde definem um modelo de sociedade gerador de determinado modelo de sistema de saúde, as estratégias em saúde, de natureza mais restrita, referem-se apenas a um modelo de sistema de saúde. Enquanto as políticas de saúde são mobilizantes e orientadas para a concretização de valores em saúde (como a justiça social, a universalidade, a equidade, o respeito pela pessoa humana, a solicitude, a solidariedade, a sustentabilidade, a continuidade, a autonomia do cidadão e a humanização de cuidados) as estratégias em saúde são promotoras de acção tendo em conta os valores e finalidades previstos pelas políticas e orientam-se para a concretização de metas,

sempre que possível, *smart*<sup>1</sup> (definem, por exemplo, a localização das unidades de saúde, promovem incentivos à redistribuição dos médicos de família, gerem listas de espera, eliminam obstáculos financeiros).

Posto isto, no presente estudo, tem-se como cenário a implementação da estratégia de encerramento do Hospital do Desterro, obrigando a uma integração e reorganização de serviços a nível do Centro Hospitalar de Lisboa Central.

### *CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO EM RISCO*

Aday e Andersen (1974) dividem as características da população em risco em três categorias: Predisposição, Capacidade e Necessidade. Nas duas primeiras categorias os autores diferenciam as variáveis em “mutáveis” e “imutáveis” consoante as políticas de saúde possam ou não, ter sobre elas, alguma influência. No entanto, no quadro de referência adaptado, o termo “mutável” aparece associado à possibilidade que as experiências e utilizações anteriores dos serviços de saúde têm de influenciar as variáveis em questão.

Relativamente à categoria Predisposição, que segundo os autores representa a propensão para a utilização de serviços e existe *à priori* do episódio de doença, podem considerar-se variáveis como:

***Variáveis Imutáveis*** (que não são passíveis de alteração após a utilização dos serviços de saúde).

Idade – vários estudos têm demonstrado que a idade é um forte determinante de utilização de cuidados de saúde (MacKian, 2003; Fitzpatrick et al, 2004; Wallace e Gutiérrez, 2005; Scheppers et al, 2006; Louvison et al, 2008). Aguilar et al (1998), sugerem ainda que existe uma predisposição dos grupos etários extremos para a utilização de mais serviços de saúde, paralelamente com a mortalidade e morbilidade. Por outro lado, estudos de Barron (1980), de Kruse, Rohland e Wu (2002) e de Lee et al (2005) sugerem existir associação entre as idades mais jovens e a maior probabilidade de faltar a consultas marcadas.

Sexo – pelas diferenças de morbilidade e dos episódios relativos à saúde reprodutiva (não relacionados com doença) a mulher tende a ser maior utilizadora de serviços de saúde (Aguilar et al, 1998).

---

<sup>1</sup> Específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e calendarizadas.

---

Raça/Etnia – tal como Gornick, Egger e Riley (2004) sugerem, negros e pessoas económica e socialmente desfavorecidas utilizam menos serviços inerentes a cuidados de saúde primários e especificamente de rastreio oncológico, assim como menos cuidados do foro cirúrgico. No entanto, uma maior quantidade de procedimentos associados com maus resultados relacionados com doenças crónicas são dirigidos aos negros comparativamente com os brancos e os que detêm um estatuto socio-económico mais elevado (Gornick, Egger e Riley, 2004).

Também Aguilar et al (1998), refere que a disponibilidade irregular de uma fonte de atenção e condições sócio-económicas próprias destes grupos minoritários impedem o uso regular de serviços de saúde.

Aliada à variável Raça/Etnia existem muitas outras, para além da condição socio-económica, que influem fortemente no acesso a serviços de saúde, como por exemplo, valores/crenças sobre saúde e doença, educação, estado de saúde percebido, percepções e atitudes face ao sistema de saúde, etc (Aguilar et al, 1998).

Estado Civil – Segundo Scheppers et al (2006), o facto de não se ser casado/a pode representar uma barreira de acesso a serviços de saúde, embora o estado civil possa ser considerado mais como um indicador de necessidade do que propriamente uma barreira de acesso. O mesmo autor adianta ainda que ser casado/a é um dos determinantes com maior influência no acesso a serviços de saúde por parte das minorias étnicas. Por sua vez, Lester e Harris (2007) apontam o estado civil divorciado como sendo aquele cuja probabilidade de faltar a uma consulta marcada é maior.

Composição do Agregado Familiar – Como afirmam Aguilar et al (1998), o tamanho da família poderá actuar nos dois sentidos. Por um lado, poderá promover a utilização de serviços em caso de doenças infecciosas, por outro lado, no caso de famílias numerosas, poderá levar à subutilização de cuidados de saúde primários, dados os custos implicados. Fitzpatrick (2004) refere ainda que o facto de ser cuidador de outrem pode constituir uma barreira ao acesso a cuidados de saúde e Dyer et al (1998) e Lester e Harris (2007) apontam associações entre o número de menores de idade no agregado familiar e a probabilidade de faltar a consultas marcadas.

---

Educação – Aguilar et al (1998) referem que o nível de escolaridade está relacionado com o maior conhecimento da disponibilidade de serviços de saúde, assim como dos benefícios associados à sua utilização. Ensor e Cooper (2004), afirmam tratar-se de um determinante bem estabelecido da procura de cuidados de saúde. Os mesmos autores, citando Grossman e Kaestner (1997), para além de defenderem que a escolaridade é a variável que mais se correlaciona com bons indicadores de saúde, sugerem ainda que uma melhor educação conduz o indivíduo a ser mais efectivo em converter cuidados de saúde e outros bens relacionados, em ganhos individuais em saúde.

Situação Profissional – pode dizer-se que o facto de ter que cumprir-se um horário laboral poderá constituir uma barreira ao acesso a cuidados de saúde providenciados por serviços com um horário de atendimento incompatível. Por outro lado, o facto de possuir-se uma actividade laboral representa a existência de uma fonte de rendimento que, por sua vez, é também uma das variáveis implicadas na utilização de serviços de saúde.

***Variáveis Mutáveis*** (neste contexto incluem-se as variáveis que têm a possibilidade de vir a ser alteradas após a utilização dos serviços de saúde). Na ideia de Dadey (2008), a simples realização de consultas poderá reforçar a confiança no serviço de saúde, imprescindível para a futura utilização do serviço. De acordo com o mesmo autor, apesar das atitudes prévias dos utentes face aos prestadores de cuidados e face aos serviços de saúde serem significativas, experimentarem um serviço orientado para o cliente e que tenha em conta a especificidade cultural da pessoa, a confiança e a utilização de cuidados de saúde preventivos é encorajada e, mais importante ainda, a pessoa tem uma maior probabilidade de voltar a utilizar os serviços disponíveis.

Estado de Saúde Percebido – Tal como demonstram estudos de Hoz e Leon (1996) e Finkelstein (2000), as percepções individuais do estado de saúde estão fortemente associadas com a realização de consultas médicas e hospitalizações.

Note-se que já os estudos de Andersen (1978) sugeriam que índices acerca do estado de saúde eram necessários na redefinição dos indicadores de acesso a cuidados de saúde.

Percepções e Atitudes face ao serviço de saúde - Como Gervais (2002) defende, a prestação de serviços de saúde é uma prática social e cultural que propõe e legitima formas particulares de realidade social relacionadas com crenças culturais. Desta forma, os indivíduos

---

tendem a procurar como cuidados de saúde aquilo que lhes é familiar e em que acreditam poder vir a trazer benefícios com a sua utilização. Por outro lado, percepções e atitudes negativas face aos prestadores de cuidados e ao sistema de saúde podem, obviamente, constituir importantes barreiras de acesso a serviços, uma vez que o seu consumo está fortemente influenciado pelas preferências e desejo de receber cuidados de saúde por parte dos utilizadores (Scheppers et al 2006).

Acessibilidade Percebida – para além desta variável estar associada à satisfação do utente nos estudos de Flach e Damiano (2004), tal como Shavers et al (2002) refere, a percepção de um elevado nível de dificuldades em aceder aos cuidados de saúde está associada à utilização de serviços de saúde. O mesmo autor adianta que os indivíduos que encontram dificuldades em obter cuidados de saúde, para além de terem uma menor probabilidade de receber cuidados de saúde primários e tenderem a demorar mais a iniciar o processo de procura de cuidados quando percepcionam a sua necessidade, têm também uma menor probabilidade de usufruir da sua continuidade após darem entrada no serviço de saúde. Pierce (2007) acrescenta ainda que compreender como os utentes percepcionam a acessibilidade aos cuidados de saúde é um importante factor, tanto na implementação de estratégias em saúde como no planeamento da própria prestação de cuidados.

Expectativas acerca da consulta – vários estudos como os de Joos, Hickam e Borders (1993), os de Hardy, O'Brien e Furlong (2001), os de Bell et al (2002), os de Shuman e Shapiro (2002) ou os de Feddock et al (2005) têm demonstrado a importância do conhecimento das expectativas dos utentes por parte dos profissionais que prestam cuidados. Esta importância deve-se sobretudo à relação estabelecida entre aquilo que os utentes pensam que vai acontecer e a realidade experienciada que, por sua vez, é um forte determinante da satisfação com os cuidados de saúde obtidos (Bell et al, 2002).

Relativamente à categoria Capacidade, Aday e Andersen (1974) sugerem representar os meios com que os indivíduos contam para a utilização dos serviços de saúde, nomeadamente os de carácter individual e familiar e os pertencentes à esfera comunitária onde o indivíduo se insere.

Rendimento - Indicador directamente associado à transposição ou não de obstáculos financeiros (Aguilar et al, 1998). Segundo Fitzpatrick et al (2004) é o factor que mais

---

fortemente se relaciona com problemas na acessibilidade percebida. Tal como é expresso por Gulliford et al (2002), o impacto das barreiras de acesso de cariz financeiro dependem da magnitude dos custos associados e da capacidade do indivíduo em suportar esses custos, o que significa que custos iguais não significam, de maneira alguma, igual acesso a serviços de saúde.

Cobertura por Seguro de Saúde – Estudos de Freeman e Corey (1993) e Louvison (2008) sugerem que indivíduos com um seguro de saúde estão mais próximos de beneficiar de cuidados de saúde do que a restante população.

Conhecimento sobre Funcionamento dos Serviços e Mecanismos de Acesso – O facto de desconhecer os cuidados e serviços de saúde disponíveis bem como os meios para os alcançar constitui, certamente, uma barreira ao seu acesso. Esta ideia é confirmada por Fitzpatrick et al (2004) e um exemplo citado por Scheppers (2006), mais uma vez dirigido às minorias étnicas, revela que a utilização de serviços de rastreio assume níveis mais baixos quando se verifica uma falta de conhecimento sobre os referidos serviços.

Quanto à categoria Necessidades, pode dizer-se que são a causa mais imediata da utilização de serviços de saúde (Accurcio e Guimarães, 1996). Aday e Andersen (1974), dividem esta categoria em Necessidades Avaliadas e Necessidades Percebidas. A primeira, também denominada por Oliver e Mossialos (2004) como necessidades normativas, diz respeito ao resultado da comparação do indivíduo com padrões de saúde existentes na actualidade, realizada por peritos, profissionais ou cientistas, tudo isto sem considerar o desejo individual de obtenção de cuidados. Associadas às características de predisposição da população, as Necessidades Percebidas, ou necessidades sentidas como são denominadas por Oliver e Mossialos (2004), para além de serem claramente influenciadas pelas características de predisposição da população, estão relacionadas com o desejo de obtenção de cuidados de saúde e conseguem mensurar-se questionando, simplesmente a pessoa ou população se sentem que necessitam de cuidados de saúde (Oliver e Mossialos 2004).

#### *CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE EXTERNO*

Nesta dimensão inclui-se: Zona de residência (rural/urbano), distância até ao serviço de saúde, disponibilidade de transporte, tempo de viagem e os custos de uma consulta (associados ao transporte e refeições, caso se aplique).

Zona de Residência – como confirmam os estudos de Rosenbach e Dayhoff (1995), o facto de residir numa zona rural ou urbana pode também influir no acesso a cuidados de saúde. Na verdade, residir numa área rural poderá representar um importante constrangimento ao nível da acessibilidade geográfica, que, por sua vez, pode ser traduzido por tempo de viagem mais longo e custos mais avultados, por exemplo.

No contexto em estudo e perante a dificuldade em delimitar zonas urbanas de zonas rurais, é considerada toda a Grande Área Metropolitana de Lisboa composta pelos Concelhos de Alcochete, Almada, Amadora, Barreiro, Cascais, Lisboa, Loures, Mafra, Moita, Montijo, Odivelas, Oeiras, Palmela, Seixal, Sesimbra, Setúbal, Sintra e Vila Franca de Xira como zona urbana e as zonas não pertencentes a este conjunto são consideradas rurais.

Distância a percorrer até ao serviço de saúde, tempo de viagem e custos associados à realização da consulta – pode afirmar-se que estamos perante importantes barreiras ao acesso a cuidados de saúde sendo relacionadas por estudos como os de Lee et al (2005) ou os de Lester e Harris (2007) com a maior probabilidade de faltar a consultas marcadas. Oliveira, Travassos e Carvalho (2004), referem que a adequação da métrica da distância deve também ser avaliada uma vez que diferentes medidas podem levar a resultados distintos. A simples distância linear entre dois pontos pode não ser representativa da fricção do espaço, cuja intensidade é diferente dependendo dos meios disponíveis para o transportar. Desta forma, os estudos de acessibilidade sugerem que a medida de distância deve medir os custos de deslocamento em unidades de tempo ou de dinheiro, em vez de quilómetros (Oliveira, Travassos e Carvalho, 2004).

#### *CARACTERÍSTICAS DA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA*

Nesta dimensão, sendo ela influenciada pelo contexto político inerente à saúde, são considerados aspectos como o volume e distribuição de recursos, nomeadamente, recursos humanos, infra-estruturas, e equipamentos intervenientes na prestação de cuidados de saúde.

Paralelamente aos recursos, surge a organização que, segundo Aday e Andersen (1974) não é mais do que como os profissionais e serviços existentes se coordenam e controlam no processo de oferta de cuidados de saúde (Aday e Andersen, 1974).

A organização do sistema de prestação de cuidados engloba questões relacionadas com a entrada e seguimento do indivíduo (Aday e Andersen, 1974), nomeadamente, o tempo



---

de espera desde o dia da marcação até ao dia da consulta, tempo dispendido na sala de espera, tempo dispendido na consulta, horário de funcionamento.

Quanto a questões relacionadas com a estrutura, como sejam, as características do sistema que determinam o percurso do indivíduo desde que é admitido no sistema, podem considerar-se, neste contexto, as mudanças ocorridas no médico assistente.

### *UTILIZAÇÃO DA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA*

No presente quadro de referência, a utilização efectiva dos serviços de saúde, mais concretamente do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, é o primeiro dos indicadores de acesso realizado.

Accurcio e Guimarães (1996), citando Aday e Andersen (1974), sugerem poder empregar-se o nível e modelo de utilização real do sistema como uma medida para comprovação do valor preditivo dos indicadores de acesso baseados no sistema e nos indivíduos.

Também Donabedian (1974) adverte que há que ter em conta que o acesso a cuidados de saúde é preliminar ao uso efectivo dos serviços. Porém, é esta utilização actual e efectiva dos serviços que demonstra se a equidade de acesso tem, realmente, vindo a operacionalizar-se ou se, pelo contrário, assistimos a uma potencial equidade de acesso em detrimento da sua realização (Donabedian, 1974).

A evolução do modelo que serve de base ao quadro de referência aqui apresentado, pretende explicar a utilização como produto não exclusivo dos determinantes individuais, mas sim como fruto dos factores individuais em estreita relação com os factores inerentes ao sistema de saúde e do contexto social, sem esquecer a experiência passada de utilização dos serviços (Phillips et al, 1998). Assim, no presente quadro de referência, a utilização da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, resulta da influência conjugada entre os componentes da dimensão das características da população (algumas destas também influenciadas por utilizações anteriores) e os componentes das dimensões das características do ambiente externo e da própria consulta.

Aday e Andersen (1974), caracterizam a utilização de serviços em termos de tipo, lugar, motivo e intervalo de tempo. Adaptando a categoria de utilização de serviços ao contexto particular do estudo, optou-se por não considerar as categorias tipo, lugar e motivo, uma vez que se está perante um estudo comparativo de dois grupos onde estas variáveis não assumem diferenças: em ambos o tipo de utilização é hospitalar, o lugar é, actualmente o

serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José e o motivo está directamente relacionado com a presença de doença.

Desta forma, para a operacionalização da dimensão utilização, serão, então, considerados o número de consultas realizadas desde a transferência de serviços, o número de consultas marcadas às quais o utente não compareceu e suas razões, e tempo de intervalo entre as consultas.

### *SATISFAÇÃO APÓS UTILIZAÇÃO DA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA*

Outro dos indicadores de resultado inerentes ao domínio do acesso realizado é a satisfação do utente após ter beneficiado de cuidados de saúde.

De facto, a satisfação é reconhecida como um objectivo fundamental dos serviços de saúde e encontra-se relacionada com os resultados dos cuidados de saúde influenciando comportamentos determinantes de saúde e doença, bem como a taxa de uso de cuidados de saúde, a efectividade das terapêuticas e o estado geral de saúde. (Santos et al (s.d.); Aragon, 2003)

Na verdade, segundo Ferreira [et al] (2003), citando Batalden e Nelson (1990), há evidência de que a melhoria da qualidade está directamente relacionada com a satisfação dos doentes e com outros resultados que são de importância extrema: os doentes que estão mais insatisfeitos com os seus cuidados de saúde estão mais predispostos a não seguirem indicações médicas, a não recorrerem novamente aos cuidados de saúde para tratamentos e podem mesmo mostrar melhorias pouco significativas, devido à não continuidade de cuidados.

Ferreira [et al] (2003) adianta ainda que a qualidade nos serviços de saúde pode ser compreendida através das diferentes perspectivas dos seus intervenientes. De entre os vários intervenientes que utilizam os serviços de saúde, o utente assume um papel fundamental, pois é quem recebe directamente a prestação dos cuidados e quem pode fazer uma avaliação dos cuidados que recebeu, assim como do impacto desses mesmos cuidados. Nesta perspectiva, a qualidade pode ser definida em termos de satisfação, isto é, de que forma as necessidades e expectativas relativas à prestação de um cuidado de saúde específico ou utilização de um serviço foram satisfeitas ou atingidas.

Aday e Andersen (1974) sugerem como categorias de relevo a satisfação acerca da conveniência do serviço prestado e da sua coordenação, dos custos associados, da simpatia

---

demonstrada pelos profissionais, da informação oferecida acerca do seu problema de saúde e, por fim, o seu julgamento acerca da qualidade global do cuidado recebido.

No presente quadro de referência a satisfação do utente conseguida após a utilização de serviços constituirá um factor influente nas características mutáveis de predisposição da população que, em conjunto com as características de capacidade do indivíduo e com as necessidades percebidas e avaliadas determinarão o desejo de voltar a obter cuidados de saúde. Esta vontade em obter cuidados, por sua vez, poderá ser convertida em procura de cuidados à qual se acrescenta a influência das características do ambiente externo onde ele se insere. Por último, dado o desejo e iniciado o processo de procura, a entrada nos serviços e a continuidade de cuidados dependerá das características da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, e retomando o ciclo, da satisfação proveniente de experiências anteriores.

Intimamente associada à satisfação do utente está a qualidade apercebida (O’Loughlin e Coenders, 2002; Salazar, Costa e Rita, 2004; Feddock et al, 2005; Caetano, 2007) definida como o “julgamento do utente sobre os serviços prestados pelo hospital” (Caetano, 2007, p. 19) ou como a impressão geral do utente acerca da relativa superioridade/inferioridade do serviço prestado (Bitner e Hubbert, 1994 citados por Salazar, Costa e Rita, 2004). A partir desta associação surge a questão sobre qual destas variáveis é a antecedente e qual destas é a consequente. Embora estudos de Salazar, Costa e Rita (2004) sugiram que existe uma reciprocidade causal potencialmente esclarecedora da confusão que se estabeleceu entre os dois constructos, vários outros estudos, muitos relacionados com o modelo aplicado na determinação do Índice Europeu de Satisfação do Cliente (Chitty e Soutar, s.d.; O’Loughlin e Coenders, 2002; Caetano, 2007) consideram a qualidade apercebida exclusivamente como um determinante da satisfação. No presente estudo, a qualidade apercebida será dividida em várias categorias, nomeadamente no que diz respeito à qualidade apercebida acerca do atendimento pelo administrativo [associado a variáveis como o número de consultas em falta, qualidade global apercebida, satisfação global e lealdade (Madhok, Hameed e Bhopal, 1998; Martin, Perfect e Mantle, 2005)], à percepção sobre o tempo dispendido na sala de espera [apontado como importante barreira ao acesso por Chung, Wong e Yeung (2004), indicador de qualidade por McCarthy, McGee e O’Boyle (2000) e determinante de satisfação por Bar-Dayyan et al (2002), Bower et al (2003), Anderson, Camacho e Balkrishnan (2007)], percepção sobre a duração da consulta (mais especificamente sobre alterações no tempo de duração após o encerramento do HD), percepção sobre o tempo de espera após a consulta [mencionada no trabalho de Caetano (2007)], percepção acerca do atendimento pelo médico [cuja

---

importância é frisada por vários autores como Lloyd, Bradford e Webb (1993), Beate, Skorpen e Materud (1997), Oliver (2001), Koszegi (2004) ou Emani (2005)] e qualidade global percebida [cujos efeitos na probabilidade de comparecer às consultas são frisados por McIvor, Ek e Carson (2004)].

O cumprimento das expectativas anteriormente referenciadas, [definidas por O'Loughlin e Coenders (2002) como o resultado de um prévio consumo de serviços relacionado com o nível de qualidade que os utentes esperam receber] é outro dos determinantes da satisfação do utente com o serviço obtido, tal como defendem estudos de Kravitz, (2001) ou Caetano, (2007).

Como consequente do nível de satisfação sentido pelo utente surge o conceito de lealdade descrito na literatura relacionada com marketing como o compromisso estabelecido em recomprar ou repatrocinar de forma consistente e sistemática um determinado serviço que é preferido através da escolha repetitiva do mesmo prestador de serviços sem esquecer, porém, que a influência das circunstâncias e das estratégias de marketing são potenciais modificadores do comportamento (Oliver, 1999 citado por Platonova, Kennedy e Shewchuk, 2008). Adequada ao contexto em estudo surge a definição de Caetano (2007) que, a defender que a lealdade é um dos indicadores de maior importância, concebe-a como reveladora de “intenções de comportamento que são denunciadoras de um envolvimento afectivo/cognitivo com o hospital” (Caetano, 2007, p.19). Roberge et al (2001) acrescentam ainda que a lealdade está relacionada com o comportamento do utente que, por sua vez, é influenciado por vários factores facilitadores incluindo o compromisso de duas partes: confiança do utente no profissional de saúde e a qualidade da relação interpessoal estabelecida.

No contexto do presente estudo, ainda que se tenha em conta que poderá não existir verdadeira opção de escolha da instituição onde o utente realiza a consulta de MI, fazendo recurso do que é referido por Caetano (2007), pretende avaliar-se tanto a intenção do utente em voltar a escolher o HSJ para realizar a sua consulta de MI (através da solicitação da construção de um cenário hipotético onde o individuo teria liberdade para escolher qualquer outra instituição para realizar as suas consultas de MI), assim como a de o recomendar a familiares, amigos ou colegas.

---

## **4. POPULAÇÃO E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do Estudo**

O delineamento do presente estudo é do tipo epidemiológico dado que, uma vez observado e definido criteriosamente o problema em questão, é identificada a população em risco da qual é extraída uma amostra probabilística, a partir da qual serão calculadas e comparadas as taxas de relevo para a investigação, seguidas de uma interpretação dos seus valores e respectiva inferência para o universo em estudo (Ferrinho, 2007).

É também um estudo transversal uma vez que a medição da exposição ao factor de risco (encerramento do Hospital do Desterro) e a medição dos seus efeitos (alterações a nível do acesso à consulta de Medicina Interna do HSJ) é realizada num único momento (Beaglehole, Bonita e Kjellström, 2003). Na verdade, também Elmore, Jekel e Katz (2005) denominam por transversal o estudo de uma população num único ponto do tempo.

Por último, é um estudo analítico uma vez que, envolve a análise das relações entre as diferentes variáveis (Beaglehole, Bonita e Kjellström, 2003). Na verdade, ao comparar dois grupos (método de procedimento comparativo), pretende explicar as influências que determinam as diferenças encontradas nas variáveis dependentes (que são as referentes a acesso realizado).

### **4.2 Variáveis em Estudo**

A definição das variáveis é um passo marcante do estudo de investigação e tem por finalidade, segundo Gil (1989), conferir maior precisão aos enunciados científicos.

São inúmeras as definições existentes acerca do que é uma variável, as quais apresentam diferenças mínimas. A título de exemplo cita-se Fortin (2003, p. 36) cuja definição é apresentada como “qualidades, propriedades ou características de objectos, pessoas ou situações estudadas numa investigação”. Já para Lakatos e Marconi (2006, p. 105) uma variável é um “(...) conceito que contém ou apresenta valores, tais como: quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços, (...) sendo o conceito um objecto, processo, agente, fenómeno, problema”.

Apresentado no Anexo I está o plano de operacionalização das variáveis incluídas no estudo, que, por sua vez, marcam lugar no quadro de referência construído:

## **Variáveis Independentes (Acesso Potencial):**

### a) Características da População em Risco

Atributos - Sexo;

Variáveis - Idade, estado civil, composição do agregado familiar, escolaridade, situação profissional, estado de saúde percebido, expectativas prévias à última consulta de MI no HSJ, acessibilidade apercibida, conhecimento sobre mecanismos de marcação da consulta, conhecimento sobre como chegar ao HSJ, conhecimento sobre como chegar às instalações onde é realizada a consulta de MI, percepção sobre alterações no tempo de espera antes da consulta após encerramento do HD\*, percepção sobre alterações na duração da consulta após encerramento do HD\*, percepção sobre alterações na qualidade global do serviço prestado na consulta após encerramento do HD\*, percepção sobre a maior ou menor facilidade em obter uma consulta de MI após encerramento do HD\*, percepção acerca do prejuízo/benefício após encerramento do HD\*.

### b) Características do Ambiente Externo

Área de residência, distância do domicílio até ao local da consulta, tempo de viagem, custos de uma consulta (associados ao transporte e refeições caso se aplique).

### c) Características da Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital de S. José

Horário de funcionamento e mudanças ocorridas no médico assistente.

## **Variáveis Dependentes (Acesso Realizado):**

### d) Utilização da Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital de S. José

Nº de consultas realizadas em 2008, nº de consultas marcadas às quais não compareceu em 2008 e intervalo entre as consultas.

### e) Qualidade Apercibida Após Utilização da Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital de S. José

Atendimento pelo administrativo, percepção sobre o tempo dispendido na sala de espera, percepção sobre duração da consulta e tempo de espera após a consulta, percepção acerca do atendimento pelo médico (atenção dispensada, informação acerca do estado de saúde do utente, explicações sobre medicamentos prescritos, informação sobre cuidados a seguir,

\* Variáveis medidas apenas nos elementos do grupo I (HD).

percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica, desempenho global) e qualidade global.

f) Cumprimento das Expectativas Prévias à Última Consulta de MI no HSJ

g) Satisfação Global Após Utilização da Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital de S. José

h) Recomendação

i) Lealdade

Note-se que nos modelos de regressão ordinal construídos, todas as variáveis dependentes que nos testes de homogeneidade revelaram diferenças entre os grupos (nomeadamente, o número de consultas de MI marcadas às quais o utente não compareceu em 2008, qualidade apercebida acerca do atendimento pelo administrativo, percepção sobre o tempo dispendido na sala de espera, percepção acerca da qualidade da informação transmitida pelo médico acerca do próprio estado de saúde, percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica, cumprimento das expectativas prévias à última consulta, qualidade global apercebida, satisfação global, lealdade e recomendação), dada a sua multicolinearidade, são consideradas variáveis independentes das variáveis dependentes para as quais o modelo é construído, ou seja, para cada variável dependente, são construídos dois modelos de regressão ordinal [um para o grupo I (HD) e outro para o grupo I (HD) + grupo II (HSJ), como será explicado adiante] onde todas as outras variáveis, quer tenham sido consideradas *à priori* independentes ou dependentes, funcionam agora como variáveis independentes.

### **4.3 População**

A população em estudo é constituída por dois grupos, tal como já foi referido. No grupo I, consideram-se os utentes que já foram utilizadores da consulta externa de Medicina Interna Hospital do Desterro (nos três meses que antecederam a transferência do serviço, ou seja Outubro, Novembro e Dezembro de 2006). No grupo II, são contemplados os sujeitos que, no período acima descrito, foram utentes da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José.

---

Esta delimitação temporal surge na tentativa de minimizar o viés de memória, já que é pretendida a avaliação da percepção dos utilizadores sobre acesso, antes e depois da transferência, e fazer o levantamento de outros dados relativos a situações passadas. Desta forma, é importante que esses dados sejam provenientes de pessoas que tenham tido, pelo menos, uma consulta antes, mas com uma relativa proximidade temporal à integração de serviços, tendo sido determinado, para esse efeito, o período de três meses anterior a essa integração para seleccionar os indivíduos para o estudo.

Tal como será referido no ponto 4.5.2, foram disponibilizados pelo serviço de gestão de doentes do CHLzC a morada completa, a data de nascimento e o género de todos os elementos que constituem a população. Assim, antes que se iniciem os processos inerentes ao cálculo da dimensão da amostra e para que se possa seleccionar o método de amostragem mais conveniente para que dele surja uma amostra representativa, torna-se conveniente, fazer uma análise acerca dos atributos e características da população a partir da qual se seleccionarão as unidades amostrais (Anexo II).

## **4.4 Amostra**

### **4.4.1 Dimensão da Amostra**

Em jeito de síntese, os critérios de inclusão das unidades amostrais são:

1. Terem realizado uma consulta de MI no período de Outubro, Novembro e Dezembro de 2006 no Hospital do Desterro ou no Hospital de São José, respectivamente;
2. Terem morada e número de telefone disponíveis para que possam ser contactados;
3. Terem recebido a carta prévia enviada por correio registado e com aviso de recepção.

Tal como Haber e LoBiondo-Wood (2001) expressam, a inferência estatística baseia-se sempre em informações incompletas sobre uma população, daí que seja possível que ocorram erros ao fazer essa conclusão, nomeadamente erros do tipo I e erros do tipo II.

Relativamente aos erros do tipo I, estes ocorrem quando o investigador rejeita a hipótese nula quando ela é, realmente, verdadeira, gerando-se então aquilo que se designa por falsos-positivos. No estudo em questão, ocorreria um erro deste tipo se fossem observadas



diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, devidas apenas à influência do acaso (Pereira, 1995).

Assim, para minimizar o erro do tipo I será estabelecido um nível de significância ( $\alpha$ ) de 0,05 (ou seja 5%) que, tal como Pereira (1995) explica, é o mais comum nas pesquisas biomédicas, aceitando-se este valor ( $p$  igual ou menor do que 0,05) como uma probabilidade pequena – um em vinte – de cometer um erro do tipo I.

Quanto aos erros do tipo II ( $\beta$ ), estes acontecem quando se decide aceitar a hipótese nula quando esta hipótese é falsa, rejeitando-se incorrectamente a hipótese alternativa da investigação, surgindo consequentemente os falsos-negativos. No presente estudo, cometeríamos um erro deste tipo caso os resultados não mostrassem diferenças significativas entre o grupo I e o grupo II quando, na verdade, elas existiam.

De forma a contornar este problema, será estabelecido um valor de  $\beta$  de 0,20 que, como Pereira (1995) esclarece, representa nas pesquisas biomédicas uma probabilidade pequena (dois em dez).

Consequentemente a potência dos testes estatísticos ( $\text{potência}=1-\beta$ ), assumirá o valor de 0,80, ou seja, existirão 80% de probabilidade de detectar um resultado significativo se ele, de facto, existir (Pereira, 1995).

Um dos métodos utilizados para o cálculo da dimensão da amostra foi proposto e defendido por Nisen e Schwertman (2008) onde, para a determinação do valor de  $n$  é prevista a aplicação da fórmula:

$$n = \frac{\left( \sqrt{\chi^2_{\alpha}(\text{df}) - (\text{df} - 1)} + Z_{\beta} \right)^2 [P_{1i}(1 - P_{1i}) + P_{2i}(1 - P_{2i})]}{\Delta^2}$$

Para a aplicação deste método no cálculo do tamanho da amostra, outro dos parâmetros a fixar é o valor de  $\Delta$ , representando este o limite a partir do qual se considera existir uma diferença significativa quando comparadas as variáveis das duas amostras. Note-se que este valor  $\Delta$  assume um significado similar ao chamado “effect size” ou tamanho do efeito definido por Hill e Hill (2005) como a diferença esperada entre os valores de uma estatística segundo a hipótese nula e segundo a hipótese alternativa. Dattalo (2008), ao referir-se ao tamanho do efeito como a diferença esperada entre dois grupos, não deixa de mencionar os trabalhos de Cohen (1988) onde os tamanhos do efeito são classificados em categorias:

$d=0,10$  Pequeno

d=0,30 Médio

d=0,50 Grande

Tal como Hill e Hill (2005) defendem, é importante notar que quando é especificado um tamanho do efeito pequeno, por consequência, a potência de teste terá de ser necessariamente mais elevada de forma a rejeitar correctamente a hipótese nula para um determinado valor de  $\alpha$ . No entanto, os mesmos autores adiantam que uma análise mais potente requer uma amostra de maior dimensão.

Na inexistência de um valor para o tamanho do efeito, neste caso particular de  $\Delta$ , obtido ou utilizado em estudos prévios sobre o tema em questão, teve-se em consideração a classificação sugerida por Cohen e pareceu razoável estipular-se o valor de 0,15.

Quanto aos graus de liberdade (gl ou df de *degrees of freedom*), de acordo com os cinco itens que constituem a escala mais comum no instrumento de colheita de dados, foi aplicada a fórmula convencionalmente utilizada  $df=(a-1)(k-1)$  representando  $a$  o número de grupos a comparar (2, portanto) e  $k$  as 5 categorias ou possibilidades de resposta obtendo-se o valor de 4 graus de liberdade.

$P_{1i}$  e  $P_{2i}$  representam a proporção de indivíduos de cada grupo em estudo em cada uma das categorias de determinada variável e os seus valores poderiam, tal como Nisen e Schwertman (2008) explicam, ser apurados através de estudos preliminares. No entanto, dada a sua inexistência, como os mesmos autores adiantam, o problema pode ser contornado, adoptando a perspectiva conservadora e atribuindo, tanto a  $P_{1i}$  como a  $P_{2i}$  o valor conservador de 0,5.

Estipulados os parâmetros e aplicado o método de Nisen e Schwertman (2008), chega-se ao valor de  $n=255,25$  para cada um dos grupos a comparar.

Outro dos métodos utilizados foi a determinação do tamanho da amostra através da aplicação informática sugerida e frequentemente utilizada por Dattalo (2008), GPower 2.0.

Após seleccionado o teste estatístico que será mais comumente utilizado na análise estatística dos dados, Qui-quadrado, foram introduzidos os parâmetros já atrás definidos gerando um *Input* com a forma:

<b>Teste <math>\chi^2</math>:</b>	Tabelas de Contingência	
<b>Análise:</b>	A priori	
<b>Input:</b>	Dimensão do efeito (w)	= 0.15
Probabilidade de erro ( $\alpha$ )	=	0.05
Potência (1- $\beta$ )	=	0.8
Graus de Liberdade	=	4

Após instrução para cálculo do tamanho da amostra surge-nos o valor de 531 para a totalidade dos dois grupos, valor este bastante aproximado daquele que foi obtido através do método de Nisen e Schwertman (2008), 255,25 elementos para cada um dos grupos. Perante o exposto estabelece-se como dimensão da amostra  $n=512$  onde 256 indivíduos pertencem ao grupo I (HD) e outros 256 indivíduos ao grupo II (HSJ).

À dimensão prevista para as amostras ( $n_1$  e  $n_2$ ), foram acrescentados 15 elementos “suplentes” como forma de contornar o problema das inevitáveis perdas de unidades amostrais devidas à dinâmica natural das populações (óbitos, mudança de residência ou de número de telefone).

#### **4.4.2 Estratégia de Amostragem**

Como foi revelado pela análise exploratória preliminar, a distribuição da variável Idade não se comporta de forma semelhante nos dois grupos em estudo.

De facto, a realização do teste de Qui-quadrado para a homogeneidade sugere-nos que em pelo menos uma das classes etárias a proporção de indivíduos difere significativamente entre os dois grupos.

De forma a contornar esta situação, optou-se pelo método de amostragem aleatória proporcionalmente estratificada de acordo com o género e idade da população, previamente analisados (análise exploratória preliminar em anexo II), garantindo, segundo Maroco (2007), uma maior probabilidade para a representatividade das amostras e, de acordo com Hill e Hill (2005), a obtenção de resultados com menor erro associado.

Assim, cada um dos grupos populacionais foi dividido em quatro subgrupos homogéneos (Classes Etárias) e calculada a proporção de cada um deles. Desta forma, se na população proveniente do Hospital do Desterro, 31,3% dos indivíduos pertenciam à classe etária [45 – 65 anos], a percentagem de elementos na amostra correspondente ao grupo I (HD) com esta idade é exactamente igual.

Também a variável Género foi testada confirmando-se a sua homogeneidade nos dois grupos em estudo, o que quer dizer que, em ambos existe aproximadamente a mesma proporção de homens e mulheres, 40% e 60% respectivamente.

Posto isto, e dado que o teste de Qui-quadrado para a independência não revela uma associação significativa entre a variável Idade e a variável Sexo, foram retirados aleatoriamente através da função específica do SPSS, 60% de elementos do sexo feminino e 40% de elementos do sexo masculino em cada uma das classes etárias (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de elementos a seleccionar por subgrupo homogéneo (Classe Etária e Género)

	< 25	[25-45[	[45-65[	[65-99]
HOSPITAL DESTERRO	1,8%	10,1%	31,3%	56,7%
	5	26	80	145
<b>256</b> Indivíduos	3 Mulheres 2 Homens	16 Mulheres 10 Homens	48 Mulheres 32 Homens	87 Mulheres 58 Homens
HOSPITAL SÃO JOSÉ	1,7%	18,8%	30,7%	48,7%
	4	48	79	125
<b>256</b> Indivíduos	3 Mulheres 1 Homens	29 Mulheres 19 Homens	47 Mulheres 32 Homens	50 Mulheres 75 Homens

Salienta-se que a selecção das unidades amostrais obedeceu aos princípios da amostragem aleatória simples dos elementos pertencentes a cada um dos subgrupos homogéneos ou seja, dos indivíduos que os constituem, qualquer um teve igual probabilidade de ser contactado para que aceitasse constituir uma unidade amostral a partir da qual se realizou a colheita de dados.

#### 4.5 Técnica de Recolha de Dados

Como instrumentos de colheita de dados foram construídos dois questionários (em anexo), um dirigido aos elementos do grupo I e outro dirigido aos elementos do grupo II, sendo formados por questões referentes a cada uma das variáveis em estudo que se consideraram importantes para a realização de um estudo acerca do complexo conceito de acesso a serviços de saúde.

Os questionários apresentam principalmente questões de resposta fechada dicotómica e de escolha múltipla, dado permitir uma maior facilidade na análise de dados. Estão presentes também questões de resposta aberta, de forma a obter informação adicional nas respostas ao questionário.

Segundo Fortin (2003, p.251-252), as questões de resposta fechada ou de escolha fixa são “as que fornecem ao sujeito uma série de respostas entre as quais ele faz a sua escolha.” As questões fechadas são adequadas quando a extensão das respostas é conhecida e limitada, sendo que:

- Devem conter todas as possibilidades que têm algum significado para o estudo;

- As respostas devem ser mutuamente exclusivas;
- Deve existir uma ordem lógica na disposição das diversas opções de resposta;
- As respostas devem ser curtas.

A mesma autora (2003) refere ainda que este tipo de questões apresentam como vantagens serem simples de utilizar, permitirem codificar as respostas facilmente e propiciarem uma análise rápida e pouco custosa, serem uniformes reforçando a fidelidade dos dados e fornecerem um quadro de referência ao sujeito evitando respostas inapropriadas e não comparáveis. Além disso, permitem explorar domínios delicados, que os sujeitos poderiam ser reticentes em abordar.

Como alicerce da construção dos questionários serviu o Instrumento de medida de satisfação dos utentes nos Hospitais EPE - Consultas Externas, aplicado em 2005 pelo Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação do Utente nos Hospitais EPE (criado através da parceria estabelecida entre o Ministério da Saúde, o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa, o Instituto Português da Qualidade e a Associação Portuguesa para a Qualidade) e gentilmente cedido pela Administração Central do Sistema de Saúde.

Os questionários resultantes são compostos por três partes, com uma breve introdução, onde consta o tema em questão, a identificação da mestrandia, a solicitação de colaboração e o reforço do carácter anónimo das respostas já anteriormente mencionado na carta dirigida ao domicílio em correio registado com aviso de recepção. Na segunda parte são colocadas as questões referentes à utilização e apreciação pós-utilização dos serviços da consulta externa de MI e, na terceira, as questões referentes às características da amostra (plano de operacionalização das variáveis em anexo).

De salientar que todas as questões presentes no questionário dirigido ao grupo II (utilizadores da consulta externa de MI do Hospital de S. José em Outubro, Novembro e Dezembro de 2006) constam também no questionário construído para o grupo I (utilizadores da consulta externa de MI do Hospital do Desterro em Outubro, Novembro e Dezembro de 2006). No entanto, este último difere na medida em que contém questões que pretendem apurar a percepção dos indivíduos acerca dos efeitos do encerramento do Hospital do Desterro no acesso à consulta externa de MI.

Outro ponto a acrescentar é que as várias versões que surgiram no processo de construção dos instrumentos foram sendo alvo da apreciação tanto dos orientadores do estudo como de outros dois peritos na construção e validação de instrumentos de colheita de dados.

---

A via telefónica foi a forma de aplicação dos instrumentos. A selecção deste método de aplicação do instrumento baseou-se essencialmente nas vantagens que lhe estão inerentes e nas condições com que o desenvolver do estudo de investigação se depara – constrangimentos no tempo disponível, limitações financeiras, unidades amostrais geograficamente dispersas e população maioritariamente idosa, possivelmente com limitações na leitura e na escrita.

Bailey (2007), enumera algumas das características dos questionários por via telefónica que permitirão contornar estas condições adversas.

O autor refere que uma das principais vantagens do questionário por via telefónica é a sua rapidez. Com este método de aplicação do instrumento, o investigador não é obrigado a deixar o seu escritório ou local de trabalho, despendendo tempo em viagens ou aguardando a recepção dos questionários auto-preenchidos.

Outra das vantagens enumeradas por Bailey (2007), é o seu baixo custo, quando comparado com a entrevista face a face. O mesmo autor, citando Klecka e Tuchfarber (1978), indica que os custos de um estudo com colheita de dados por via telefónica, com marcação de dígitos aleatória, poderá constituir apenas 20 a 25% dos custos de um estudo cuja colheita de dados se processa através de entrevista face-a-face.

Por outro lado, o mesmo autor adianta que serão eliminadas as possibilidades de viéses relacionados com as características visuais do entrevistador, daí que necessite de um treino menos intensivo comparativamente ao entrevistador face-a-face o qual poderá enviesar as respostas tendo em conta as suas expressões faciais, os seus gestos, a sua aparência ou mesmo a sua forma de vestir.

Quando comparado com o questionário auto-preenchido, com o questionário por via telefónica surge sempre a possibilidade do investigador motivar o respondente ou mesmo repetir e explicar as questões (Bailey, 2007).

Moreira (1994, p. 163) reforça a ideia ao referir que a via telefónica é detentora de méritos similares aos identificados numa entrevista face-a-face como sejam a captação facilitada da atenção do inquirido, a possibilidade do entrevistador “certificar-se que o inquirido compreende a questão e introduzir, se necessário, explicações ou perguntas adicionais com vista a assegurar que as respostas estão a ser dadas de forma reflectida e não superficial”.

Outra das vantagens é tratar-se de um método pouco intrusivo uma vez que não implica a presença física do investigador (Bailey, 2007).

Por último, as unidades amostrais não têm necessariamente que estar circunscritas a uma determinada área geográfica (Bailey, 2007).

---

Importa, no entanto, frisar algumas importantes desvantagens. Moreira, em 1994, salienta o facto de poder haver uma significativa percentagem de pessoas que não têm telefone ou que poderão ver-se impossibilitadas de atender uma chamada devido a circunstâncias relativas a actividades diárias ou a incapacidade ficando, desta forma, sub-representadas. No presente estudo o problema de não possuir telefone reveste-se de pouca importância uma vez que, numa população de 1428 elementos apenas 10 não facultaram o respectivo número.

Outras das desvantagens do inquérito por via telefónica apontadas por Moreira (1994) é o facto de ser mais difícil, à distância, questionar acerca de assuntos sensíveis e a atenção redobrada que é exigida para quaisquer indícios de falta de compreensão por parte do entrevistado.

Como forma de minimizar o risco de obter uma baixa taxa de resposta, o instrumento de colheita de dados foi precedido por uma carta dirigida ao domicílio de cada unidade amostral (também em anexo) onde é solicitada e reforçada a importância da colaboração do utente, explicado o objectivo do estudo e garantido o anonimato das respostas.

#### **4.5.1 Pré-teste**

De acordo com Ghiglione e Matalon (2005), quando uma primeira versão do questionário fica redigida, ou seja, quando a formulação de todas as questões e a sua ordem são provisoriamente fixadas, é necessário garantir que o questionário seja de facto aplicável e que responda efectivamente aos problemas colocados pelo investigador.

Gil (2007) afirma ainda que o pré-teste deve assegurar que o questionário esteja bem elaborado, sobretudo no que se refere a:

- Clareza e precisão dos termos – Os termos adequados são aqueles que não necessitam de explicação, pois quando os pesquisados necessitarem de esclarecimentos, então é preciso procurar com eles termos mais claros e precisos;
- Forma das questões – Pode ser realizada a mesma pergunta duas vezes, para obter a reacção dos indivíduos a cada uma delas;
- Quantidade de questões – Deve observar-se se os respondentes mostram sinais de cansaço ou de impaciência, pois o número de perguntas pode ser excessivo, devendo neste caso o pesquisador diminuí-lo;

· Ordem das questões – De forma a obter uma ideia da possível influência que uma questão exerce sobre outra, bem como do melhor local para incluir uma questão mais delicada;

· Introdução do questionário – Segundo a análise das indagações feitas pelo respondente, as suas reacções e as suas resistências, pode seleccionar-se a melhor forma de introdução a ser utilizada no questionário.

Como forma de detectar potenciais erros no questionário antes da sua aplicação massiva, foi realizado um pré-teste onde o instrumento de colheita de dados foi previamente aplicado, por via telefónica a 10 elementos da população em estudo, 5 do grupo I (HD) e 5 do grupo II (HSJ), colocando as questões, tal como estão formuladas, a cada um destes elementos, mas pedindo-lhes respostas desenvolvidas ou comentadas e observações sobre o significado que atribuem à questão.

A realização deste pré-teste permitiu responder à série de questões supracitadas tendo os elementos inquiridos afirmado unanimemente que o questionário continha linguagem acessível e questões claras e precisas. A par do exposto não foram detectados quaisquer comportamentos ou reacções que implicassem eliminação de questões uma reformulação ou alteração das mesmas.

#### **4.5.2 Colheita de dados**

Após a obtenção, em 7 de Novembro de 2008, dos dados (morada completa e número de telefone, data de nascimento, género e nome completo) referentes à população em estudo (utentes que foram à Consulta Externa de Medicina Interna no Hospital do Desterro e no Hospital de S. José em Outubro, Novembro e Dezembro de 2006) solicitados ao serviço de gestão de doentes do CHLzC (carta de solicitação em anexo), iniciou-se a primeira fase da aplicação dos instrumentos de colheita de dados que decorreu entre 26 de Fevereiro e 4 de Maio de 2009. A colheita de dados foi precedida pelo envio de uma carta registada com aviso de recepção (em anexo) dirigida ao domicílio onde, para além de incentivar os indivíduos a participar no estudo (visando uma maior taxa de resposta) foi solicitada e reforçada a importância da colaboração dos mesmos, explicado o objectivo do estudo e garantido o anonimato das respostas. Para os elementos maiores de 75 anos, ao conteúdo da referida carta acresceu o questionário que posteriormente iria ser aplicado por via telefónica, isto para que o utente pudesse lê-lo e analisá-lo previamente ou eventualmente pedir esclarecimentos a



alguém da sua confiança (obviamente sem prejuízo dos esclarecimentos a prestar pela mestranda aquando da chamada telefónica).

A realização das chamadas telefónicas foi efectuada todos os dias da semana entre as 11.00 horas e as 12.30 horas, retomando das 15.30 horas às 20.00 horas. Os períodos entre as 9.00 e as 11.00 horas e entre as 13.30 e as 15.30 horas, uma vez que a resposta ao sinal de chamada era menos frequente, eram reservados para a introdução de dados a nível informático. Note-se que este horário gozou de toda a flexibilidade tendo em conta a disponibilidade e conveniência do respondente, não sendo raro realizar chamadas telefónicas fora do período estipulado porque assim tinha sido combinado com o inquirido.

Após a primeira fase da colheita de dados, procedeu-se à identificação dos elementos a substituir por suplentes (unidades amostrais com número de telefone incorrecto/desconhecido/indisponível/inactivo e falecidos), e dos elementos não passíveis de serem substituídos [recusas em participar no estudo, falta de resposta ao sinal de chamada a diferentes horas do dia e em diferentes dias da semana, resposta ao sinal de chamada por familiares/residentes no mesmo domicílio mas sem nunca se ter conseguido falar com os próprios, resposta ao sinal de chamada pelos próprios mas rejeição ou falta de resposta ao sinal de chamada quer na hora combinada, quer em diferentes horas do dia e em diferentes dias da semana (mapa das razões que justificam a não aplicação do questionário em anexo)] detectando-se também que uma porção das unidades amostrais (cujo número de telefone tinha igualmente sido disponibilizado pelo serviço de gestão de doentes do CHLzC) não recebeu a carta, por recusa, por morada incompleta/desconhecida ou por falta de reclamação na estação de correios. A este grupo foi realizado um telefonema a incentivar a participação no estudo e/ou pedir nova morada para que pudesse ser reenviada a carta que precede o questionário e depois sim, aplicá-lo.

O após a recepção dos primeiros avisos de recepção desta remessa deu-se o início da segunda fase de colheita de dados que veio a terminar a 24 de Maio de 2009.

Somando os elementos insubstituíveis que não responderam ao questionário da primeira fase com os correspondentes à segunda fase é possível calcular uma taxa de resposta de 93,9%.

#### **4.6 Análise Dos Dados**

De acordo com Polit e Hungler (2004, p. 227), “os procedimentos estatísticos capacitam o pesquisador a reduzir, organizar, analisar, interpretar e comunicar a informação numérica.”

Os dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados foram submetidos a análise exploratória e estatística descritiva, seguidas de uma inferência estatística, fazendo recurso da versão 16.0 e 17.0 do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Para além da estatística descritiva onde se fez recurso a frequências absolutas e percentagens, a medidas de tendência central (como a média, a mediana, a moda, ou os percentis) e a medidas de dispersão (como a variância ou o desvio padrão), a inferência estatística utilizou o método de procedimento comparativo que, por sua vez, contou com os seguintes testes (plano de tratamento de dados em anexo):

Comparação entre variáveis quantitativas – Teste t-Student para duas amostras independentes, isto depois de ser certificada a distribuição normal das populações através do teste de Shapiro & Wilk e do teste de Kolmogorov-Smirnov com a modificação de Lilliefors e depois de ser certificada a homogeneidade das variâncias populacionais através do teste F e do teste de Levene.

Nos casos onde não se verificaram as condições de aplicabilidade do teste T-Student, foi aplicado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney-Wilcoxon.

Comparação entre variáveis qualitativas – Teste de Qui-Quadrado para homogeneidade quando eram verificados os pressupostos (Maroco, 2007):

1. Não haver mais de 20% de categorias com frequência esperada inferior a 5;
2. A frequência esperada para cada categoria ser no mínimo 1.

Nos casos onde não eram verificados os pressupostos da aplicação do teste de Qui-Quadrado recorreu-se ao teste exacto de Fisher ou à simulação de Monte Carlo quando o equipamento não apresentava memória suficiente para o cálculo do primeiro.

Comparação entre variáveis qualitativas e quantitativas - teste da análise da variância unifactorial (ANOVA *one-way*) isto se se verificarem as condições de aplicabilidade, nomeadamente:

1. Normalidade da distribuição (Teste de Kolmogorov-Smirnov e Teste de Shapiro-Wilk);
2. Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene).

Nos casos onde não se verificaram as condições de aplicabilidade do ANOVA *one-way* recorreu-se ao teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis ao qual se seguiu o teste LSD de Fisher que visa a identificação de qual ou quais dos pares de médias são diferentes (Maroco, 2007).

Modelo de regressão ordinal como descrito em Maroco (2007) - de modo a avaliar se as variáveis de acesso potencial e de acesso realizado cuja análise sugeriu diferenças significativas entre os grupos e, no caso do grupo I (HD), se as variáveis referentes aos efeitos do encerramento do HD apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre as probabilidades de resposta (variáveis independentes ou preditivas) às variáveis dependentes ou de resposta (número de consultas marcadas de MI no HSJ a que o utente não compareceu em 2008, percepção sobre a qualidade do atendimento pelo administrativo, percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde, percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica, percepção sobre o tempo de espera prévio à consulta, cumprimento das expectativas, qualidade global percebida, satisfação global, lealdade e recomendação), recorreu-se à construção de dois modelos estatísticos baseados na regressão ordinal onde o primeiro contempla apenas os utentes do grupo I (HD), e onde se incluem também as variáveis referentes às alterações sentidas após o encerramento do HD, e o segundo onde são abrangidos ambos os grupos e contempladas apenas as variáveis independentes que lhes são comuns. Em todos os testes o nível de significância utilizado foi de 5%, considerando-se por isso estatisticamente significativos os resultados com um valor de  $p$  inferior a 0,05.

A inferência estatística foi baseada na teoria da decisão, através dos testes de hipóteses onde a hipótese nula ( $H_0$ ) se caracteriza por ser sempre mais restritiva que a hipótese alternativa ( $H_1$ ) (Maroco, 2007) e por habitualmente traduzir uma igualdade sobre os parâmetros populacionais (Gonçalves, 2006).

#### **4.7 Procedimentos Éticos**

---

De forma a cumprir com os requisitos éticos e legais a que qualquer estudo de investigação está sujeito, foi submetido um pedido de autorização formal e por escrito (em anexo), dirigido ao Conselho de Administração do CHLzC visando permissão para a realização do estudo bem como o acesso à base de dados onde constam os contactos dos utentes que constituirão a população em estudo e enviado o protocolo de investigação para que pudesse ser alvo de análise e parecer da Comissão de Ética da instituição. Foi obtida autorização (em anexo) para a realização do estudo a 12 de Junho de 2008 desde que a carta a enviar para o domicílio das unidades amostrais fosse em correio registado e com aviso de recepção.

De acordo com Fortin (2003, p. 128), qualquer estudo de investigação que envolva seres humanos deve garantir absoluta protecção dos direitos da pessoa nomeadamente à “autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo, assim como um tratamento justo e equitativo”.

Para proceder à colheita de dados, realizaram-se dois questionários onde foi anexada uma introdução contendo uma breve explicação sobre o âmbito e objectivos do estudo e onde é solicitada a colaboração voluntária, com garantia de anonimato da informação que se destina a uso único e exclusivo desta investigação. A identificação de quem realiza o estudo, o tema, os seus objectivos, o carácter voluntário da participação no estudo e a garantia de anonimato dos dados cedidos pelos respondentes já constava na carta previamente enviada por correio registado e com aviso de recepção para o domicílio das unidades amostrais.

## 5. RESULTADOS

Chega-se com este capítulo à parcela cujo conteúdo motivou todo o desenrolar da presente pesquisa. Tal como Marconi e Lakatos (2006) descrevem, é aqui que serão transcritos os resultados, agora sob a forma de evidências para a consecução dos objectivos propostos.

Para uma melhor compreensão e visualização dos dados, a apresentação dos resultados obtidos e respectiva análise/discussão é organizada segundo os objectivos do estudo.

### 5.1 Diferenças Entre os Grupos em Estudo nos Componentes de Acesso Potencial à Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital de São José

Tal como é ilustrado no quadro de referência do estudo, as variáveis que compõem a dimensão Acesso Potencial são numerosas e a operacionalização de todas elas seria inoportuna devido às limitações de tempo e à grande extensão do questionário que seria implicada. Assim, foram seleccionadas as variáveis Estado de Saúde Percebido, Expectativas antes da última consulta, Idade, Sexo, Estado Civil, Agregado Familiar, Escolaridade, Situação Profissional, Área de Residência, Distância do domicílio ao HSJ, Tempo de viagem e Percepção sobre a Facilidade em chegar ao HSJ, sobre as quais foram apurados os dados através da construção e aplicação de questões directas às unidades amostrais ou pela gentil disponibilização do Serviço de Gestão de Doentes do CHLzC. Existem, porém, outras variáveis de Acesso Potencial cujos dados foram conseguidos pela construção e aplicação de questões que, procurando obter dados acerca dos possíveis efeitos do encerramento do HD ou de possíveis barreiras de acesso à consulta, contavam com estas variáveis como possível resposta. Mencionam-se aqui o Tempo de espera antes da consulta, o Tempo de espera depois da consulta, Horário de funcionamento (compatibilidade com), Conhecimentos sobre como marcar uma consulta, Conhecimentos sobre como chegar ao HSJ, Conhecimentos sobre como chegar às instalações da própria consulta e Gastos Totais de uma consulta (incluindo transporte e refeições, caso se apliquem).

No presente objectivo será considerado o primeiro conjunto de variáveis uma vez que foram formulados objectivos gerais referentes aos efeitos do encerramento do HD e às barreiras ao acesso à consulta onde as variáveis aqui não incluídas são, então, consideradas.

## Estado de Saúde Percebido

No que se refere à percepção sobre o próprio estado de saúde, pode ser observado na tabela 2 que a categoria mais frequentemente seleccionada pelos inquiridos em ambos os grupos em estudo é “Razoável”, com 39,4% no grupo I (HD) e 40,8% no grupo II (HSJ).

**Tabela 2** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao estado de saúde percebido

Estado de Saúde Percebido	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
Muito Bom	11	8	p = 0,127
	4,7%	3,3%	
Bom	48	70	
	20,3%	28,6%	
Razoável	93	100	
	39,4%	40,8%	
Mau	50	44	
	21,2%	18,0%	
Muito Mau	34	23	
	14,4%	9,4%	
Total	236	245	
	100%	100%	

Fonte: SPSS 17

Ao realizar o teste de Qui-Quadrado para Homogeneidade, surge um valor de  $p = 0,127$  conducente à não rejeição da  $H_0$  e, por isso, indicador, ao nível de significância de 5%, da homogeneidade da proporção de utentes do grupo I (HD) e do grupo II (HSJ) em relação às diferentes categorias de estado de saúde percebido. Por outras palavras, pode dizer-se que, em ambos os grupos o estado de saúde percebido é semelhante, sendo maioritariamente considerado como razoável.

## Expectativas antes da última consulta

No tocante às expectativas que o respondente assume ter tido antes da última consulta realizada no HSJ (por exemplo em relação à ausência de erros, à satisfação de todas as necessidades do utente ou à prestação de um serviço de qualidade) pode ser observado o nível 3 como o mais frequente no caso do grupo I (HD) com 48,7% dos inquiridos e o 4 como nível modal no grupo II (HSJ) com 46,9% do total de elementos (Tabela 3). Note-se que a escala

utilizada é composta por cinco níveis onde o nível 1 representa expectativas muito baixas, no extremo oposto, o nível 5 associa-se a expectativas muito altas e o nível 3 representa o termo neutro associado a expectativas nem muito altas, nem muito baixas.

Quando realizado o teste exacto de Fisher devido à não observância de um dos pressupostos do teste de Qui-Quadrado para Homogeneidade, surge um valor de  $p < 0,001$  fortemente conducente à rejeição da  $H_0$  e, por sua vez, indicador de que a proporção de utentes do grupo I (HD) é, do ponto de vista estatístico, significativamente diferente em pelo menos um dos níveis de expectativas prévias à última consulta.

**Tabela 3** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa às expectativas antes da última consulta no HSJ

Expectativas prévias à última consulta		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
2	Freq Observada	32	13,6%	11	4,5%	p<0,001
	Resíduo	2,3		-2,3		
3	Freq Observada	115	48,7%	89	36,3%	
	Resíduo	1,3		-1,3		
4	Freq Observada	71	30,1%	115	46,9%	
	Resíduo	-2,2		2,2		
5	Freq Observada	1	0,4%	6	2,4%	
	Resíduo	-1,3		1,3		
Total		219	100%	221	100%	

Fonte: SPSS 17

Recorrendo à análise de resíduos, observa-se a partir da tabela 3 que o nível 2 e o nível 4 são os principais responsáveis pela não homogeneidade da proporção de elementos dos dois hospitais nos diferentes níveis. De facto, o nível 2 apresenta uma proporção de elementos do grupo I (HD) maior do que a frequência esperada e uma proporção de utentes do grupo II (HSJ) menor do que o esperado. Esta discrepância mantém-se, ainda que um pouco menos acentuada, no nível 3, invertendo-se por completo quando são analisados os dados referentes aos níveis 4 e 5 onde a frequência observada de elementos do grupo I (HD) é menor do que a frequência esperada. A análise dos dados parece, assim, indicar que o grupo II (HSJ) tem um nível mais elevado de expectativas prévias à consulta quando comparados com o grupo I (HD).

## Estado Civil

Relativamente ao Estado Civil, ambos os grupos em estudo assumem o estado “Casado” como categoria modal, com 53,8% no grupo I (HD) e 64,1% no grupo II (HSJ), ao que se segue a categoria “Viúvo” com 25% e 15,1% para o grupo I (HD) e grupo II (HSJ), respectivamente (Tabela 4).

**Tabela 4** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao estado civil

Estado Civil		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
Solteiro	Freq Obs	33	14,0%	30	12,2%	p = 0,027
	Resíduo	0,4		-0,4		
Casado	Freq Obs	127	53,8%	157	64,1%	
	Resíduo	-1,0		1,0		
Viúvo	Freq Obs	59	25,0%	37	15,1%	
	Resíduo	1,7		-1,7		
Divorciado	Freq Obs	9	3,8%	17	6,9%	
	Resíduo	-1,1		1,0		
União Facto	Freq Obs	5	2,1%	3	1,2%	
	Resíduo	0,5		-0,5		
Separado	Freq Obs	3	1,3%	1	0,4%	
	Resíduo	0,7		-0,7		
Total		236	100%	245	100%	

Fonte: SPSS 17

Ao realizar-se o teste exacto de Fisher (pressupostos do teste de Qui-Quadrado não observados), obtém-se um valor de  $p = 0,027$  sugestivo de que a proporção de elementos do grupo I (HD) é significativamente diferente em pelo menos um estado civil.

Quando analisados os resíduos nota-se que a categoria com maior influência para que se observe a não homogeneidade da proporção de elementos dos dois grupos nas diferentes categorias é o estado “Viúvo” com 59 elementos do grupo I (HD) (maior proporção do que a esperada) e 37 do grupo II (HSJ) (menor proporção que a esperada).

## Agregado Familiar

Os dados apurados relativamente ao número de elementos maiores de idade que partilham a mesma habitação com as unidades amostrais indicam que, tanto o grupo I (HD)



como o grupo II (HSJ), contêm elementos que na sua maioria vivem apenas com uma pessoa (Moda=1, Mediana=1).

No caso particular do grupo I (HD) pode observar-se uma média de 1,20 pessoas à qual se contrapõe a média de 1,42 pessoas referente ao grupo II (HSJ). Estes valores são fortemente influenciados pelo valor mínimo de 0 pessoas em ambos os grupos e máximo de 3 e 7 pessoas para o grupo I (HD) e grupo II (HSJ), respectivamente (Tabela 5).

**Tabela 5** – Comparação de medidas de tendência central e de dispersão relativas ao número de elementos maiores de idade que partilham a mesma residência com a unidade amostral.

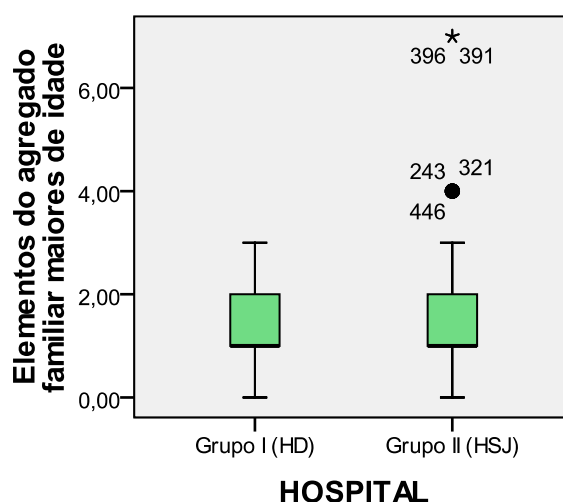
	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p obtido pelo teste Mann-Whitney-Wilcoxon
<b>Media</b>	1,1992	1,4245	p = 0,004
<b>Moda</b>	1	1	
<b>Desvio-Padrão</b>	0,8453	1,0633	

Fonte: SPSS 17

No que toca à dispersão de valores, o grupo I (HD) exhibe um Desvio Padrão de 0,84 pessoas, enquanto o grupo II (HSJ) apresenta, ainda que ligeira, uma maior variabilidade de valores em torno da média reflectida num Desvio Padrão de 1,06 pessoas.

Pela análise dos percentis (Gráfico 1) apura-se ainda que, em ambos os grupos, 75% dos elementos vive com menos de duas pessoas maiores de idade (Percentil 75 corresponde ao 3º Quartil como pode ser visualizado no diagrama de extremos e quartis).

**Gráfico 1** – Diagrama de extremos e quartis do número de elementos maiores de idade que partilham a mesma residência com a unidade amostral.



Fonte: SPSS 17

Uma vez que análise das medidas de localização e de dispersão parece sugerir que os elementos do grupo II (HSJ) vivem mais acompanhados que os elementos do grupo I (HD) cabe agora testar a significância estatística da diferença entre as médias calculadas. Para o efeito, visando a aplicação do teste t-Student, foi previamente testada a normalidade da distribuição através do teste de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk, ambos com valores de p consonantes ( $p < 0,001$ ) sugestivos que a distribuição em questão não é normal. Da aplicação do teste de Levene, do qual resulta um valor de  $p = 0,023$ , assume-se também a não homogeneidade de variâncias. Dada a violação dos pressupostos para a aplicação do teste t-Student, surge a alternativa não-paramétrica onde se fez recurso do teste Mann-Whitney-Wilcoxon. Este, por sua vez, gera um valor de  $p = 0,004$  indicando que, ao nível de significância de 5%, existem diferenças significativas entre o número de pessoas maiores de idade que partilham a mesma residência com as unidades amostrais do grupo I (HD) e grupo II (HSJ).

Perante os valores obtidos nas medidas de localização parece notar-se que os elementos do grupo II (HSJ) vivem mais acompanhados do que os elementos do grupo I (HD) mas se, no entanto, a análise se cingir às caixas do diagrama de extremos e quartis, não valorizando os extremos e outliers, a diferença parece não ser tão evidente. De modo a esclarecer esta questão, a variável quantitativa referente ao número de elementos maiores de idade que partilham a residência com o indivíduo é recodificada e transformada numa variável qualitativa. Para o efeito são definidos níveis de interesse onde se considera “sozinho” o indivíduo que não partilha a sua casa com mais ninguém acima de 18 anos, “acompanhado” aquele que vive com uma única pessoa maior de idade e vivendo “em ambiente familiar” aquele que conta com um agregado familiar de duas ou mais pessoas maiores de idade para além dele próprio.

Realizando o teste de qui-Quadrado para a homogeneidade (tabela 6) obtém-se o valor de  $p = 0,133$  levando à tomada de decisão a favor da  $H_0$ , ou seja, à inexistência de diferenças significativas do ponto de vista estatístico em relação à situação familiar dos indivíduos dos dois grupos.

**Tabela 6** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à situação familiar.

Situação Familiar		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
<b>Sozinho</b>	Freq Obs	49	20,8%	35	14,3%	p = 0,133
<b>Acompanhado</b>	Freq Obs	111	47,0%	117	47,8%	
<b>Em ambiente familiar</b>	Freq Obs	76	32,2%	93	38,0%	
<b>Total</b>		236	100%	245	100%	

Fonte: SPSS 17

Quanto ao número de menores de idade que partilham a mesma habitação com as unidades amostrais estudadas observa-se que varia entre 0 e 3 para o grupo I (HD) e 0 e 4 para o grupo II (HSJ). Note-se que em ambos os grupos a situação mais frequente é não existirem menores de idade no agregado familiar (em ambos se verifica Mediana = 0 e Moda = 0).

**Tabela 7** – Comparação de medidas de tendência central e de dispersão relativas ao número de elementos menores de idade que partilham a mesma residência com a unidade amostral.

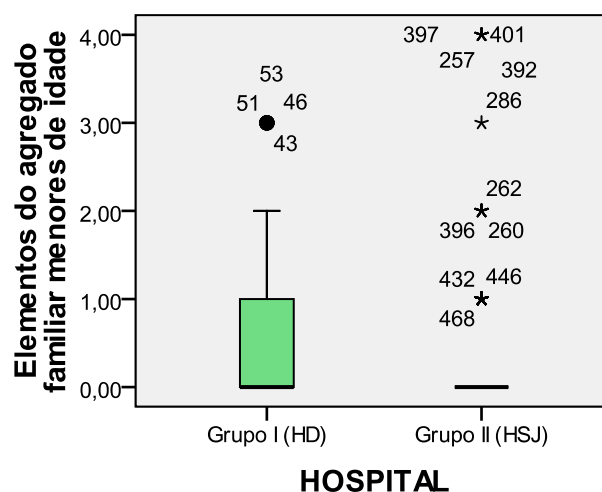
	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p obtido pelo teste Mann-Whitney-Wilcoxon
<b>Media</b>	0,4661	0,2612	p<0,001
<b>Moda</b>	0	0	
<b>Desvio-Padrão</b>	0,8453	0,7165	

Fonte: SPSS 17

No caso particular do grupo I (HD), observa-se uma Média de 0,47 menores de idade, valor em torno do qual todos os outros se encontram dispersos gerando um Desvio Padrão de 0,77 elementos menores de idade. Comparativamente a estes dados, surgem os do grupo II (HSJ) onde é observada uma Média de 0,26 com Desvio Padrão (0,72 elementos) semelhante ao grupo I (HD) (Tabela 7).

Analisando os percentis apura-se que 75% dos elementos do grupo I (HD) não partilha a residência com menores de idade e os restantes 25% (Percentil 75 correspondente ao 3º Quartil como pode ser visualizado no diagrama de extremos e quartis) partilha a residência com 1 a 3 menores de idade. A mesma análise para o grupo II (HSJ) indica que, à semelhança do Percentil 25 (1º Quartil) e 50 (2º Quartil), também o Percentil 75 (3º Quartil) se iguala a 0 elementos menores de idade (Gráfico 2).

**Gráfico 2** – Diagrama de extremos e quartis do número de elementos menores de idade que partilham a mesma residência com a unidade amostral.



Fonte: SPSS 17

Através da aplicação do teste de Mann-Whitney-Wilcoxon (dada a não normalidade e não homogeneidade de variâncias apuradas pelos testes de Kolmogorov-Smirnov/ Shapiro-Wilk e Levene, todos com  $p < 0,001$ ) surge um valor de  $p$  de 0,000 a partir do qual é confirmada a significância estatística das diferenças entre os grupos em cima apontadas.

## Escolaridade

Analisando o comportamento da variável escolaridade pode observar-se que ambos os grupos exibem o primeiro ciclo como grau mais frequente com 45,3% para o grupo I (HD) e 30,6% para o grupo II (HSJ).

**Tabela 8** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à escolaridade.

Escolaridade		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
Não sabe ler nem escrever	Freq Obs	9	3,8%	11	4,5%	p = 0,027
	Resíduo	-0,3		0,3		
Só sabe ler e escrever	Freq Obs	26	11,0%	28	11,4%	
	Resíduo	0,0		0,1		
Primeiro ciclo	Freq Obs	107	45,3%	75	30,6%	
	Resíduo	1,9		-1,8		
Ciclo Preparatório (6º ano)	Freq Obs	15	6,4%	26	10,6%	
	Resíduo	-1,1		1,1		
Antigo 5º ano/9ºano	Freq Obs	48	20,3%	55	22,4%	
	Resíduo	-0,4		0,4		
Antigo 7º ano/12ºano	Freq Obs	12	5,1%	24	9,8%	
	Resíduo	-1,3		1,3		
Curso Superior	Freq Obs	19	8,1%	26	10,6%	
	Resíduo	-0,7		0,6		
Total		236	100%	245	100%	

Fonte: SPSS 17

Ao aplicar-se o teste de Qui-Quadrado para a homogeneidade surge um valor de  $p = 0,027$  sugestivo de rejeição da  $H_0$  e, por conseguinte, indicador de que a proporção de utentes do grupo I (HD) é em pelo menos um grau de escolaridade significativamente diferente, do ponto de vista estatístico. A fim de identificar qual ou quais desses graus diferem, procedeu-se à análise de resíduos observando-se que os graus com maior influência na não homogeneidade entre utentes do grupo I (HD) e do grupo II (HSJ) correspondem ao primeiro ciclo (onde o grupo I (HD) conta com uma frequência observada superior à esperada), o ciclo preparatório (6ºano) e o antigo 7ºano/12ºano (onde é o grupo II (HSJ) que conta com uma frequência observada superior à esperada) (Tabela 8). Por sua vez, a evolução dos sinais dos valores de resíduo sugere que, embora a proporção de elementos que não detêm qualquer grau académico seja semelhante nos dois grupos em estudo, os elementos pertencentes ao grupo II (HSJ) localizam-se em maior proporção nos níveis superiores de escolaridade [ciclo Preparatório (6º ano), antigo 5º ano/9ºano, antigo 7º ano/12ºano e curso superior].

## Situação Profissional

Em relação a esta variável, a análise dos dados indica que a categoria reformado é a mais frequente para ambos os grupos em estudo com 69,5% para o grupo I (HD) e 46,5% para o grupo II (HSJ) (Tabela 9).

**Tabela 9** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à situação profissional.

Situação Profissional		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
Empregado	Freq Obs	41	17,4%	97	39,6%	p<0,001
	Resíduo	-3,2		3,2		
Desempregado	Freq Obs	22	9,3%	14	5,7%	
	Resíduo	1,0		-1,0		
Estudante	Freq Obs	3	1,3%	4	1,6%	
	Resíduo	-0,2		0,2		
Doméstico	Freq Obs	6	2,5%	16	6,5%	
	Resíduo	-1,5		1,4		
Reformado	Freq Obs	164	69,5%	114	46,5%	
	Resíduo	2,4		-2,3		
Total		236	100%	245	100%	

Fonte: SPSS 17

Ao aplicar-se o teste exacto de Fisher (dado as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do Qui-Quadrado não se verificarem) é gerado um valor de  $p<0,001$ , fortemente indicador de que em pelo menos uma categoria a proporção de elementos do grupo I (HD) é significativamente diferente.

A partir da análise dos resíduos que surgem em cada uma das categorias, observa-se que a que mais influi na não homogeneidade da proporção dos elementos dos dois hospitais nas diferentes situações profissionais são “empregado” (com maior número de elementos do grupo II (HSJ), ultrapassando aquele que seria de esperar) e “reformado” (com maior número de elementos do grupo I (HD), também excedendo a frequência esperada).

## Área de Residência

A análise dos dados sugere não existirem grandes diferenças entre os grupos. A maior parte dos elementos de ambos é residente dentro dos limites da Grande Área Metropolitana de Lisboa, com 95,8% para o grupo I (HD) e 93,9% para o grupo II (HSJ) (Tabela 10).

**Tabela 10** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à área de residência

Área de Residência	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
Grande Área	226	230	p. = 0,352
Metropolitana de Lisboa	95,8%	93,9%	
Outra	10	15	
	4,2%	6,1%	
Total	236	245	
	100%	100%	

Fonte: SPSS 17

Ao realizar-se o teste de Qui-Quadrado para homogeneidade surge um  $p = 0,352$  conducente à tomada de decisão a favor da  $H_0$ , ou seja, à inexistência de diferenças significativas do ponto de vista estatístico.

### **Distância do Domicílio ao HSJ e Tempo de Viagem**

Após a análise da distância do domicílio ao HSJ e do tempo dispendido na respectiva viagem (ambos obtidos através do motor de busca *Google maps*), observa-se que, enquanto um indivíduo pertencente ao grupo I (HD) tem de percorrer, em média 11,00 Km, demorando uma média de 15,35 min, um indivíduo pertencente ao grupo II (HSJ) percorre em média 20,90 Km, demorando uma média de 22,18 min. Esta diferença pode, no entanto, explicar-se pela grande proximidade física entre os dois hospitais assim como pela maior área de influência do HSJ (Tabela 11).

Nota-se ainda que, no caso da distância, a dispersão dos dados em torno da Média é menor no grupo I (HD) sendo exibido um Desvio Padrão de 18,03 Km ao qual se contrapõe um Desvio Padrão de 46,80 Km referentes ao grupo II (HSJ).

No que diz respeito ao tempo de viagem, as diferenças na dispersão voltam a verificar-se: no caso do grupo I (HD) a dispersão volta a ser menor com Desvio Padrão de 14,47 min contrapondo-se o grupo II (HSJ) com Desvio Padrão de 28,69 min.

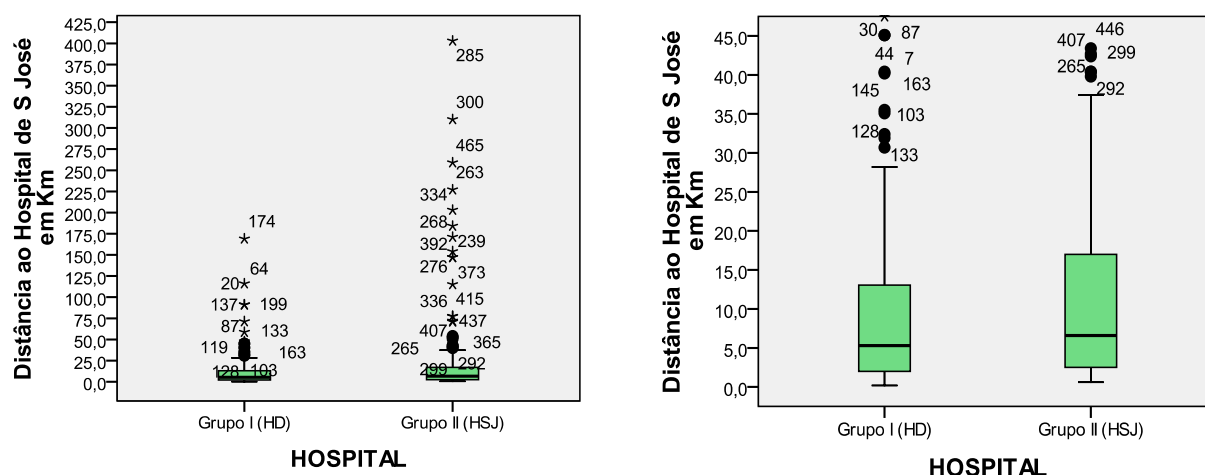
**Tabela 11** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à distância e tempo de viagem do domicílio ao HSJ

		Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p obtido pelo teste Mann-Whitney-Wilcoxon
Distância do domicílio ao HSJ (Km)	Media	10,977	20,904	p = 0,009
	Moda	1,8	1,8	
	Desvio-Padrão	18,0328	46,7880	
	Variância	325,183	2189,081	
Tempo de Viagem do domicílio ao HSJ (min)	Media	15,35	22,18	p = 0,005
	Moda	5,0	5,0	
	Desvio-Padrão	14,474	28,688	
	Variância	209,487	822,998	

Fonte: SPSS 17

Como pode ser observado no diagrama de extremos e quartis (Gráfico 3), 25% dos elementos do grupo I (HD) reside a menos de 2,0 Km do HSJ, 50% a mais de 5,3 Km (2º Quartil) e os restantes 25% (Percentil 75 correspondente ao 3º Quartil) a mais de 13,07 Km. A mesma análise para o grupo II (HSJ) indica que, 25% dos elementos reside a menos de 2,5 Km do HSJ, 50% a mais de 6,6 Km (2º Quartil) e os restantes 25% (Percentil 75 correspondente ao 3º Quartil) a mais de 17,0 Km.

**Gráfico 3** – Diagrama de extremos e quartis em diferentes escalas da distância ao HSJ

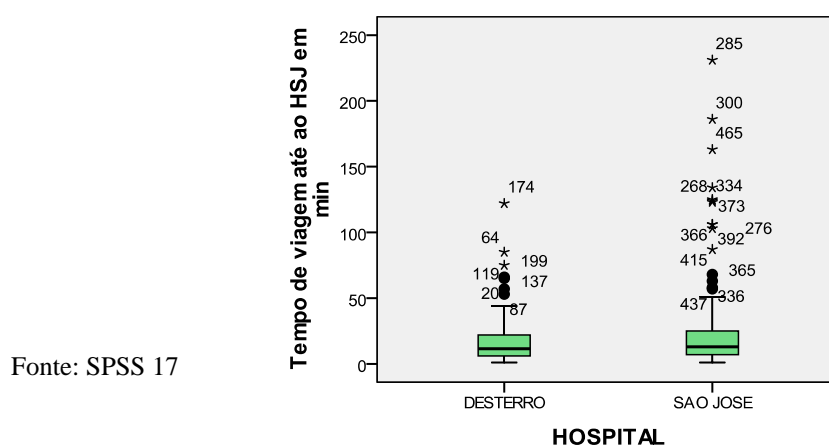


Fonte: SPSS 17



No que diz respeito ao tempo de viagem, o diagrama de extremos e quartis (Gráfico 4) ajuda a perceber que 25% dos elementos do grupo I (HD) demora menos de 6,0 min a chegar ao HSJ, 50% mais de 11,5 min (2º Quartil) e os restantes 25% (Percentil 75 correspondente ao 3º Quartil) mais de 22,0 min. A mesma análise para o grupo II (HSJ) indica que, 25% dos elementos do grupo II (HSJ) demora menos de 7,0 min a chegar ao HSJ, 50% mais de 13,0 min (2º Quartil) e os restantes 25% (Percentil 75 correspondente ao 3º Quartil) mais de 25,0 min.

**Gráfico 4** – Diagrama de extremos e quartis do tempo de viagem do domicílio ao HSJ.



Uma vez que não se verificaram os pressupostos para a aplicação do teste t-Student, quer a nível da distância do domicílio ao HSJ, quer a nível do tempo de viagem (testes de normalidade e homogeneidade de variâncias com  $p < 0,05$ ) foi aplicado o teste não-paramétrico Mann-Whitney-Wilcoxon a partir do qual é gerado um valor de  $p = 0,009$  para a variável distância e um  $p = 0,005$  para a variável tempo de viagem, ambos conducentes à rejeição da hipótese nula, assumindo-se que as diferenças encontradas entre os grupos em estudo são, do ponto de vista estatístico, significativas (Tabela 11).

### Percepção sobre Acessibilidade

Analisando a percepção dos respondentes acerca da maior ou menor facilidade em chegar ao HSJ (mais uma vez utilizando a escala de 5 pontos onde 1 significa uma acessibilidade “muito má” e 5 uma acessibilidade “muito boa”), observa-se que o nível modal no caso do grupo I (HD) é o 2, com 33,8% dos elementos, e no caso do grupo II (HSJ) são os níveis 3 e 4 os mais frequentes com 35,3% e 34,8% dos elementos, respectivamente (Tabela 12).

**Tabela 12** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à acessibilidade percebida ao HSJ

Percepção do respondente relativamente à acessibilidade do HSJ		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
1	Freq Obs	29	13,2%	23	10,4%	p<0,001
	Resíduo	0,6		-0,6		
2	Freq Obs	74	33,8%	36	16,3%	
	Resíduo	2,6		-2,6		
3	Freq Obs	62	28,3%	78	35,3%	
	Resíduo	-0,9		0,9		
4	Freq Obs	51	23,3%	77	34,8%	
	Resíduo	-1,6		1,6		
5	Freq Obs	3	1,4%	7	3,2%	
	Resíduo	-0,9		0,9		
Total		219	100%	221	100%	

Fonte: SPSS 17

Quando realizado teste de homogeneidade do Qui-Quadrado surge um valor de p de 0,000, fortemente sugestivo que se rejeite a hipótese nula e se assuma que a proporção de utentes do grupo I (HD) é significativamente diferente, do ponto de vista estatístico, em pelo menos um dos níveis de facilidade em chegar ao HSJ.

A análise das discrepâncias entre frequência observada e frequência esperada leva a crer que os níveis 2 e 4 são os mais influentes na não homogeneidade de proporções, o primeiro contendo mais elementos do grupo I (HD) que o esperado e o segundo incluindo um número destes elementos inferior ao previsível. A par do exposto, parece verificar-se uma tendência para os níveis inferiores (1 e 2) serem seleccionados pelos elementos do grupo I (HD), enquanto os níveis superiores são tendencialmente seleccionados pelos elementos do grupo II (HSJ) (Tabela 12).

## 5.2 Diferenças entre os Grupos em Estudo nos Componentes de Acesso Realizado à Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital de São José

No presente objectivo, e de acordo com o quadro que traça as linhas mestras do presente estudo, são consideradas as variáveis pertencentes à categoria Utilização (número de consultas de MI realizadas no HSJ em 2008 e número de consultas de MI marcadas a que o utente não compareceu no mesmo período de tempo e na mesma instituição) e as variáveis que advêm dessa utilização de serviços. São elas: percepção sobre a qualidade do atendimento

pelo administrativo, percepção sobre o tempo de espera imediatamente antes e após a consulta, a atenção, informação (sobre o estado de saúde, sobre medicamentos prescritos e cuidados a seguir), envolvimento na decisão terapêutica e desempenho global do médico, a qualidade global percebida acerca do serviço prestado na consulta, satisfação global com a experiência na consulta, cumprimento das expectativas em relação à última consulta, lealdade e recomendação.

### Número de Consultas de MI realizadas no HSJ

Ainda que o número mais frequente de consultas realizadas em 2008 se traduza numa Moda de 4 para o grupo I (HD) e numa Moda de 2 para o grupo II (HSJ), todos os outros valores referentes a medidas de tendência central e de dispersão se encontram muito próximos (Tabela 13), facto este corroborado através da realização do teste de Mann-Whitney-Wilcoxon (não é cumprido o pressuposto de normalidade da distribuição) onde é gerado um valor de  $p = 0,338$  levando a que não se rejeite a  $H_0$  e se assuma que não existem diferenças significativas no número de consultas realizadas em 2008 pelos dois grupos.

**Tabela 13** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao número de consultas realizadas em 2008.

Número de Consultas de MI realizadas no HSJ em 2008	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p obtido pelo teste Mann-Whitney-Wilcoxon
Media	3,1610	3,0571	$p = 0,338$
Moda	4	2	
Desvio-Padrão	1,9525	2,0637	

Fonte: SPSS 17

### Número de Consultas de MI marcadas no HSJ a que o utente não compareceu em 2008

No que respeita a esta variável, os dados apurados indicam que, para ambos os grupos, não é frequente faltar às consultas. Esta ideia reflecte-se na Moda e Mediana que se igualam a 0 tanto para o grupo I (HD) como para o grupo II (HSJ). No entanto, um utente pertencente ao grupo I (HD) faltou em Média a 0,42 consultas enquanto um elemento do grupo II (HSJ) não compareceu a uma Média de 0,20 consultas de MI em 2008.

Quanto à dispersão dos valores em torno da média, surge o grupo I (HD) com um Desvio Padrão de 0,66 consultas, indicador de uma maior variabilidade que o grupo II (HSJ) que apresenta como Desvio-Padrão 0,48 consultas (Tabela 14).

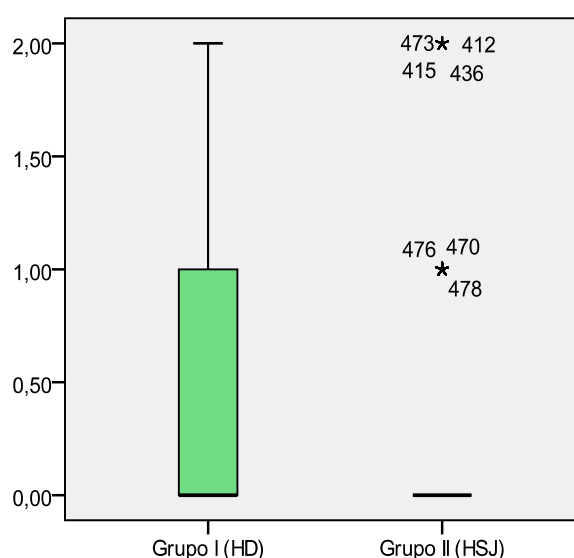
**Tabela 14** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao número de consultas não comparecidas em 2008.

Número de Consultas marcadas não comparecidas em 2008	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p obtido pelo teste Mann-Whitney-Wilcoxon
Media	0,4195	0,198	p<0,001
Moda	0	0	
Desvio-Padrão	0,6635	0,4790	

Fonte: SPSS 17

Em ambos os grupos se observa que tanto o Percentil 25 (1º Quartil) como o Percentil 50 (2º Quartil) se igualam a 0. Destaca-se no entanto, o grupo I (HD) onde através do Percentil 75 se depreende que 25% dos elementos faltaram a uma ou duas consultas enquanto no grupo II (HSJ) o Percentil 75 permanece igual a 0 (Gráfico 5).

**Gráfico 5** – Diagrama de Extremos e Quartis do número de Consultas de MI no HSJ não comparecidas em 2008.



Fonte: SPSS 17

Dada a não observância dos pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias exigidos pelo teste t-Student, o valor de  $p < 0,001$  gerado pelo teste não paramétrico Mann-Whitney-Wilcoxon conduz à rejeição da  $H_0$  sugerindo, por isso, que as diferenças

observadas a nível do número de consultas de MI a que os utentes dos diferentes grupos faltaram em 2008 são fortemente significativas do ponto de vista estatístico.

Para avaliar se as variáveis de Acesso Potencial e de Acesso Realizado cuja análise sugeriu diferenças significativas entre os grupos e, no caso do grupo I (HD), se as variáveis referentes aos efeitos do encerramento do HD apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre as probabilidades de resposta (variáveis independentes ou preditivas) à variável “Número de consultas marcadas de MI no HSJ a que o utente não compareceu em 2008” (variável dependente ou de resposta), recorreu-se à construção de dois modelos estatísticos baseados na regressão ordinal onde o primeiro contempla apenas os utentes do grupo I (HD), e onde se incluem também as variáveis referentes às alterações sentidas após o encerramento do HD, e o segundo onde são abrangidos ambos os grupos e contempladas apenas as variáveis independentes que lhes são comuns.

No primeiro modelo de regressão ordinal (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=109,056$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(223)=610,396$ ,  $p<0,001$ ,  $D(223)=238,931$ ,  $p=0,221$ , dimensão do efeito reflectida em  $R^2_{CS}=0,398$ ,  $R^2_N=0,496$  e  $R^2_{MF}=0,313$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=0,999$  e com função de ligação “Log Log negativa” dada a distribuição assimétrica positiva da variável), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas do número de consultas de MI em falta no ano de 2008 para os elementos do grupo I (HD) (Tabela 1A, Anexo XI) :

*Escolaridade:* destacam-se os níveis de escolaridade extremos. Parece que quem não sabe ler nem escrever e quem terminou um curso superior tem uma maior probabilidade de faltar a consultas de MI no HSJ que todos os utentes detentores de outros níveis de escolaridade. Por sua vez, quem terminou o 12ºano/antigo 7º ano parece ter a menor probabilidade comparativamente com a de todos os outros elementos de faltar a consultas de MI no HSJ;

*Percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde:* a análise sugere que quanto maior é o nível assinalado pelo respondente menor é a probabilidade de faltar à consulta, exceptuando-se o mais baixo nível assinalado pelos respondentes (nível 2) onde a probabilidade de faltar à consulta é a menor de todas. Note-se que nesta variável o nível 1 corresponde ao pólo negativo, significando baixa qualidade e o 5 o pólo oposto, representando uma óptima qualidade da informação transmitida pelo médico.

*Cumprimento das expectativas prévias à consulta:* a análise sugere que os níveis 2 e 4 de cumprimento das expectativas em relação à última consulta de MI no HSJ correspondem aos elementos que têm menor probabilidade de faltar à consulta. Destaca-se o nível 1 por apresentar a maior probabilidade de faltar a consultas de MI no HSJ. Note-se que na escala de 5 pontos o nível 1 corresponde a “muito menos que o esperado” e 5 “muito mais que o esperado”.

*Situação Profissional:* Mediante a análise do modelo parece notar-se que são os utentes desempregados e estudantes os que têm uma maior probabilidade de faltar à consulta quando comparados com os utentes empregados, reformados ou domésticos.

No segundo modelo de regressão ordinal, onde são contemplados também os elementos do grupo II (HSJ) (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=93,980$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(694)=798,487$ ,  $p=0,004$ ,  $D(694)=436,218$ ,  $p=1,000$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,192$ ,  $R^2_N=0,261$  e  $R^2_{MF}=0,160$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=0,973$  e com função de ligação “Log Log negativa” dada a distribuição assimétrica positiva da variável), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas do número de consultas em falta no ano de 2008 (Tabela 2A, Anexo XI):

*Hospital:* a análise dos dados sugere que a probabilidade dos elementos do grupo I (HD) faltarem a consultas de MI no HSJ é maior do que a dos elementos do grupo II (HSJ);

*Número de menores de idade no agregado familiar:* a análise dos dados leva a crer que quanto maior é o número de menores de idade no agregado familiar do respondente, maior é a sua probabilidade de faltar a consultas de MI no HSJ;

*Percepção sobre o tempo de espera imediatamente antes da consulta:* destacam-se os utentes que percebem os níveis correspondentes a um tempo de espera longo e muito longo (nível 2 e 1, respectivamente) como aqueles que detêm a maior probabilidade de faltar a consultas de MI no HSJ. Note-se que a partir do nível 2, à medida que é percebido um tempo de espera cada vez mais breve, a probabilidade de faltar à consulta vai diminuindo, atingindo o seu mínimo nos utentes que perceberam um tempo de espera muito breve (nível 5). Note-se que o nível 1 corresponde a um tempo de espera muito longo e 5 a um tempo de espera muito breve;

*Qualidade Global:* ao analisar os dados, até ao nível 4 de qualidade global parece haver uma tendência para diminuir a probabilidade de faltar à consulta de MI à medida que o nível de qualidade global apercebida vai aumentando. Exceptuam-se os elementos que seleccionaram o nível mais elevado de qualidade global (nível 5) cuja probabilidade de faltar às consultas de MI no HSJ volta a aumentar, não ultrapassando, no entanto, o valor de probabilidade dos elementos que seleccionaram o mais baixo nível de qualidade global apercebida (nível 2);

*Recomendação:* volta a surgir como variável preditiva significativa neste segundo modelo. Desta vez, porém, destacam-se os utentes que seleccionaram o nível 3 de recomendação como tendo a menor probabilidade de faltar à consulta e os que seleccionaram o nível mais baixo (nível 1) como tendo a maior probabilidade de faltar à referida consulta.

### Qualidade do atendimento pelo administrativo

No que respeita a esta variável, (mais uma vez utilizando a escala de cinco pontos onde 1 representa uma qualidade de atendimento “muito má” e 5 “muito boa”) ambos os grupos exibem o nível 4 como sendo o mais frequente com 39,4% dos elementos do grupo I (HD) e 57,6% do grupo II (HSJ) (Tabela 15).

**Tabela 15** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à qualidade do atendimento pelo administrativo.

Percepção do respondente relativamente à qualidade do atendimento pelo administrativo		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
1	Freq Obs	20	9,1%	2	0,9%	p<0,001
	Resíduo	2,7		-2,7		
2	Freq Obs	23	10,5%	7	3,2%	
	Resíduo	2,1		-2,1		
3	Freq Obs	80	36,5%	62	28,1%	
	Resíduo	1,1		-1,1		
4	Freq Obs	93	39,4%	141	57,6%	
	Resíduo	-2,2		2,2		
5	Freq Obs	3	1,4%	9	4,1%	
	Resíduo	-1,2		1,2		
Total		219	100%	221	100%	

Fonte: SPSS 17

Ao realizar-se o teste de homogeneidade do Qui-Quadrado, a partir do valor de  $p < 0,001$ , toma-se a decisão de rejeitar a  $H_0$  e, por isso assumir que em pelo menos um nível a proporção de elementos do grupo I (HD) que o seleccionou é, do ponto de vista estatístico, significativamente diferente da proporção de elementos do grupo II (HSJ).

Ao tentar apurar-se quais dos níveis mais contribui para esta diferença, observa-se que os maiores valores de resíduo se situam no nível 1 e nível 2 onde a frequência observada de utentes do grupo I (HD) é superior à frequência esperada e no nível 4 onde, pelo contrário, a frequência observada superior à esperada diz respeito ao grupo II (HSJ).

De facto, de acordo com a tabela 34 parece haver uma tendência para os elementos do grupo I (HD) seleccionarem os níveis mais baixos de qualidade no atendimento pelo administrativo (1, 2 e 3) e para os utentes do grupo II (HSJ) seleccionarem os níveis mais elevados (níveis 4 e 5).

No primeiro modelo de regressão ordinal onde são contemplados apenas os elementos do grupo I (HD) (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=492,132$  e  $p < 0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(339)=505,242$ ,  $p < 0,001$ ,  $D(339)=374,631$ ,  $p=0,089$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,899$ ,  $R^2_N=0,979$  e  $R^2_{MF}=0,915$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=1,000$  e com função de ligação “Log Log complementar” dada a distribuição assimétrica negativa da variável), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas da qualidade percebida acerca do atendimento pelo administrativo (Tabela 3A, Anexo XI):

*Número de Consultas de MI marcadas no HSJ a que o utente não compareceu em 2008:* de acordo com a análise dos dados parece verificar-se que quanto maior é o número de consultas não comparecidas, menor será a probabilidade de percepcionar os níveis superiores de qualidade acerca do atendimento pelo administrativo;

*Número de menores de idade no agregado familiar:* a análise dos dados leva a crer que quanto maior é o número de menores de idade no agregado familiar do respondente, maior é a probabilidade dos elementos do grupo I (HD) seleccionarem os níveis superiores de qualidade apercibida acerca do atendimento pelo administrativo;

*Percepção sobre alterações na facilidade em obter uma consulta de MI após o encerramento do HD:* a análise dos dados sugere que quanto mais difícil um elemento do grupo I (HD) percepciona a obtenção de uma consulta de MI após o encerramento do HD, menor é a



probabilidade de seleccionar os níveis mais elevados de qualidade do atendimento pelo administrativo. A contrariar esta tendência estão os utentes que afirmam ter-se tornado mais difícil obter uma consulta de MI após o encerramento do HD com uma probabilidade ligeiramente superior de perceber os níveis mais elevados de qualidade do atendimento pelo administrativo quando comparados com os elementos que não sentiram alterações na facilidade em obter uma consulta de MI após o encerramento do HD;

*Percepção de benefício/prejuízo inerente ao encerramento do HD:* a análise dos dados sugere que são os elementos que se sentem beneficiados os que têm uma maior probabilidade de seleccionar os níveis superiores de qualidade de atendimento pelo administrativo quando comparados com os elementos que se consideram muito beneficiados, bem como com os elementos que não se sentem nem beneficiados nem prejudicados e com os elementos que se sentem prejudicados e muito prejudicados;

*Qualidade Global percebida:* a análise dos dados sugere que os elementos do grupo I (HD) que seleccionaram os níveis 2 e 4 de qualidade global (note-se que na escala de 5 pontos, 1 significa uma qualidade global percebida “muito má” e 5 uma qualidade global percebida “muito boa”) são os que têm uma maior probabilidade de seleccionarem os níveis mais elevados de qualidade acerca do atendimento pelo administrativo;

*Satisfação Global:* de acordo com o que seria de esperar, a análise dos dados sugere que quanto mais elevada é a satisfação global, maior é a probabilidade de perceber níveis mais elevados de qualidade no atendimento pelo administrativo. A contrariar esta tendência estão os elementos que seleccionaram o nível mais elevado de satisfação global (nível 5) exibindo a probabilidade menor de perceberem altos níveis de qualidade no atendimento pelo administrativo quando comparados com todos os outros elementos;

*Lealdade:* de acordo com a análise dos dados, quanto mais leais são os utentes do grupo I (HD), maior é a sua probabilidade em perceber níveis mais elevados de qualidade no atendimento pelo administrativo.

No segundo modelo de regressão ordinal, onde são contemplados também os elementos do grupo II (HSJ) (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=934,927$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(805)=1183,329$ ,  $p<0,001$ ,  $D(805)=677,774$ ,  $p=1,000$ ,

dimensão do efeito reflectida em  $R^2_{CS}=0,881$ ,  $R^2_N=0,983$  e  $R^2_{MF}=0,939$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=1,000$  e função de ligação “Log Log complementar” dada a distribuição assimétrica negativa da variável), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas da qualidade apercebida acerca do atendimento pelo administrativo (Tabela 4A, Anexo XI):

*Hospital:* a análise dos dados sugere que a probabilidade dos elementos do grupo I (HD) em perceber níveis mais elevados de qualidade no atendimento pelo administrativo é menor do que a dos elementos do grupo II (HSJ);

*Situação Profissional:* perante a análise do modelo parece verificar-se que são os estudantes aqueles que têm uma maior probabilidade de perceber os níveis mais baixos de qualidade no atendimento pelo administrativo e os reformados aqueles cuja probabilidade de seleccionar os níveis mais altos de qualidade no atendimento pelo administrativo é maior;

*Acessibilidade Geográfica percebida:* a análise parece indicar uma tendência para aumentar a probabilidade de perceber níveis mais altos de qualidade no atendimento pelo administrativo à medida que aumenta o nível de acessibilidade percebida. Exceptuam-se os utentes que seleccionaram o nível mais baixo de acessibilidade (nível 1) que, a seguir aos utentes que seleccionaram o nível 5, são aqueles que apresentam maior probabilidade de seleccionar os níveis mais elevados de qualidade no atendimento pelo administrativo.

*Percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde:* a análise sugere que quanto maior é o nível assinalado pelo respondente maior é a probabilidade de perceber os mais elevados níveis de qualidade no atendimento pelo administrativo, exceptuando-se o mais elevado nível assinalado pelos respondentes (nível 5) onde a probabilidade de perceber os mais elevados níveis de qualidade no atendimento pelo administrativo é a menor de todas. Note-se que nesta variável o nível 1 corresponde ao pólo negativo, significando baixa qualidade e o 5 o pólo oposto, representando uma óptima qualidade da informação transmitida pelo médico.

*Percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica:* a análise dos dados sugere que quanto mais envolvido se sente o utente na decisão terapêutica, menor é a sua probabilidade em perceber altos níveis de qualidade no atendimento pelo administrativo. A esta

---

tendência exceptuam-se os elementos que assinalaram o maior nível de envolvimento na decisão terapêutica (nível 5) uma vez que apresentam uma probabilidade de seleccionar os níveis mais elevados de qualidade do atendimento pelo administrativo que se situa entre a probabilidade dos elementos que seleccionaram o nível 1 e dos elementos que seleccionaram o nível 2 de envolvimento na decisão terapêutica;

*Cumprimento das expectativas:* a análise do modelo parece sugerir que quanto mais elevado é o cumprimento das expectativas maior é a probabilidade de serem seleccionados os níveis superiores de qualidade do atendimento pelo administrativo;

*Satisfação Global:* a análise dos dados sugere que quanto maior é o nível de satisfação global, maior é a probabilidade de selecção dos níveis superiores de qualidade do atendimento pelo administrativo. Exceptuam-se os utentes que seleccionaram o mais alto nível de satisfação global que, de acordo com o modelo, apresentam uma probabilidade de seleccionar os níveis mais elevados de qualidade no atendimento pelo administrativo que se situa entre a probabilidade dos elementos que seleccionaram o nível 2 (o mais baixo seleccionado) e o nível 3 de satisfação global;

*Lealdade:* mantém-se uma variável significativa no segundo modelo mas com um comportamento diferente. Perante a análise do modelo parece notar-se que quanto mais leais são os utentes, menor é a probabilidade de seleccionarem os níveis mais elevados de qualidade no atendimento pelo administrativo. Exceptuam-se a esta tendência os utentes que seleccionaram o nível máximo de lealdade (nível 5) uma vez que são aqueles que detêm a maior probabilidade de seleccionarem os níveis mais elevados de qualidade no atendimento pelo administrativo;

*Recomendação:* parece notar-se que à medida que aumenta a probabilidade de recomendação do serviço prestado na consulta de MI do HSJ, aumenta também a probabilidade de selecção dos níveis superiores de qualidade do atendimento pelo administrativo. Exceptuam-se a esta tendência os utentes que seleccionaram o nível máximo de recomendação (nível 5) uma vez que detêm uma probabilidade de seleccionarem os níveis mais elevados de qualidade no atendimento pelo administrativo que se situa entre a probabilidade dos elementos que seleccionaram o nível 3 e o nível 4 de recomendação;

## Tempo de espera para ser atendido

Utilizando a escala de cinco pontos onde 1 representa um tempo de espera “muito longo” e 5 um tempo de espera “muito breve”, destaca-se o nível 2 como sendo o mais frequente no caso do grupo I (HD) com 39,3% dos elementos e o nível 3 para o caso do grupo II (HSJ) com 54,3% dos indivíduos (Tabela 16).

**Tabela 16** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de espera para ser atendido antes da consulta.

Percepção do respondente relativamente ao tempo de espera para ser atendido imediatamente antes da consulta		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste de exacto de Fisher
1	Freq Obs	74	33,8%	25	11,3%	p<0,001
	Resíduo	3,5		-3,5		
2	Freq Obs	86	39,3%	42	19,0%	
	Resíduo	2,8		-2,8		
3	Freq Obs	43	19,6%	120	54,3%	
	Resíduo	-4,2		4,2		
4	Freq Obs	16	7,3%	33	14,9%	
	Resíduo	-1,7		1,7		
5	Freq Obs	0	0,0%	1	0,5%	
	Resíduo	-0,7		0,7		
Total		219	100%	221	100%	

Fonte: SPSS 17

Uma vez que não se cumprem os pressupostos para a aplicação do teste do Qui-Quadrado para homogeneidade, ao realizar-se o teste exacto de Fisher surge um valor de  $p<0,001$  fortemente sugestivo da existência de diferenças estatisticamente significativas na proporção de indivíduos dos dois grupos nos diferentes níveis de tempo de espera.

Analisando os valores de resíduo, é notória a grande influência que o nível 1 possui na não homogeneidade de proporções, onde o grupo I (HD) detém mais elementos do que a frequência esperada, e o nível 3 onde, pelo contrário, é o grupo II (HSJ) que evidencia uma frequência observada bastante superior à esperada. Observa-se ainda que a partir deste nível todos os seguintes exibem um resíduo negativo para o grupo I (HD), sugerindo assim, contrariamente ao que seria de esperar, que os elementos deste grupo tendencialmente

percepcionam o tempo de espera para ser atendido antes da consulta mais longo do que os elementos do grupo II (HSJ).

No primeiro modelo de regressão ordinal (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=148,940$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(297)=406,665$ ,  $p<0,001$ ,  $D(297)=323,369$ ,  $p=0,140$ , dimensão do efeito reflectida em  $R^2_{CS}=0,500$ ,  $R^2_N=0,548$  e  $R^2_{MF}=0,285$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=1,000$  e com função de ligação “Log Log negativa” dada a distribuição assimétrica positiva da variável), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas da percepção do utente em relação ao tempo que esperou para ser atendido antes das consultas de MI no HSJ (Tabela 5A, Anexo XI):

*Situação Profissional:* segundo a análise destacam-se os estudantes como tendo uma menor probabilidade de percepcionar tempos de espera reduzidos e os reformados, no pólo oposto, como aqueles para quem essa probabilidade é maior;

*Estado Civil:* pela análise dos dados parece verificar-se que todos os estados civis têm uma probabilidade semelhante de percepcionar tempos de espera reduzidos. Destacam-se, contudo os elementos separados que exibem a menor probabilidade de percepcionar tempos de espera reduzidos;

*Escolaridade:* a análise dos dados parece sugerir que são os utentes que têm o 6ºano/ciclo preparatório aqueles que têm uma maior probabilidade de percepcionar tempos de espera antes da consulta mais reduzidos, contrapondo-se os elementos que têm o 12ºano/antigo 7º ano cuja probabilidade de percepcionar tempos de espera reduzidos é a menor quando comparados com todos os outros elementos;

*Percepção sobre alterações na qualidade global do serviço após o encerramento do HD:* parece notar-se que os utentes que percepcionaram uma perda na qualidade global do serviço prestado na consulta de MI após o encerramento do HD têm a menor probabilidade de percepcionar tempos de espera reduzidos, seguindo-se os utentes que não percepcionaram qualquer alteração a este nível com uma probabilidade intermédia e, por último, os elementos que apontaram ganhos na qualidade global do serviço prestado na consulta de MI após o encerramento do HD com a maior probabilidade de percepcionarem tempos de espera reduzidos;

*Percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica:* a análise dos dados sugere que quanto mais envolvido se sente o utente na decisão terapêutica, maior é a sua probabilidade em percepcionar tempos de espera prévios à consulta mais reduzidos;

*Lealdade:* perante a análise dos dados destacam-se os elementos menos leais (nível 1) como aqueles para quem a probabilidade de percepcionarem tempos de espera reduzidos é menor e os elementos que assinalaram os níveis 2 e 5 de lealdade como aqueles para quem a probabilidade de percepcionarem tempos de espera reduzidos é maior.

No segundo modelo de regressão ordinal, onde são contemplados também os elementos do grupo II (HSJ) (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=1113,623$  e  $p<0,001$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,920$ ,  $R^2_N=0,991$  e  $R^2_{MF}=0,958$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(761)=3403,817$ ,  $p<0,001$ ,  $D(761)=733,871$ ,  $p=0,754$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=1,000$  e com função de ligação “Probit” dada a aparente simetria da distribuição), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas da percepção do utente em relação ao tempo que esperou para ser atendido antes das consultas de MI no HSJ (Tabela 6A, Anexo XI):

*Número de Consultas de MI marcadas no HSJ a que o utente não compareceu em 2008:* de acordo com a análise dos dados parece verificar-se que quanto maior é o número de consultas não comparecidas, menor será a probabilidade de percepcionar tempos de espera reduzidos;

*Hospital:* de acordo com o modelo construído, os elementos pertencentes ao grupo I (HD) têm uma menor probabilidade de percepcionarem tempos de espera reduzidos quando comparados com os utentes do grupo II (HSJ);

*Situação Profissional:* segundo a análise destacam-se os estudantes como tendo uma menor probabilidade de percepcionar tempos de espera reduzidos e os reformados, no pólo oposto, como aqueles para quem essa probabilidade é maior;

*Qualidade do Atendimento pelo Administrativo:* parece notar-se que quanto maior é a qualidade percebida relativamente ao atendimento pelo administrativo, maior é a probabilidade de serem percebidos tempos de espera prévios à consulta mais reduzidos;

*Percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde:* a análise sugere que quanto maior é o nível assinalado pelo respondente menor é a probabilidade de percepcionar tempos de espera reduzidos, exceptuando-se o mais elevado nível assinalado pelos respondentes (nível 5) onde a probabilidade de percepcionar tempos de espera reduzidos é situada entre a probabilidade dos utentes que seleccionaram o nível 3 e os utentes que seleccionaram o nível 4. Note-se que nesta variável o nível 1 corresponde ao pólo negativo, significando baixa qualidade e o 5 o pólo oposto, representando uma óptima qualidade da informação transmitida pelo médico.

*Satisfação Global:* a análise dos dados sugere que quanto maior é o nível de satisfação global, maior é a probabilidade de percepção de tempos de espera reduzidos. Exceptuam-se os utentes que seleccionaram o mais alto nível de satisfação global que, de acordo com o modelo, apresentam uma probabilidade de percepção de tempos de espera reduzidos que se situa entre a probabilidade dos elementos que seleccionaram o nível 3 (o segundo mais baixo seleccionado) e o nível 4 de satisfação global;

*Qualidade Global Percebida:* a análise dos dados sugere que, são os utentes que percepcionam os níveis máximo (nível 5) e o nível mais baixo seleccionado (nível 2) os que têm maior probabilidade de percepcionar tempos de espera mais reduzidos. Por sua vez, são os utentes que classificam a qualidade global do serviço no nível 4 aqueles cuja probabilidade de percepcionar tempos de espera reduzidos é menor;

*Lealdade:* parece notar-se que são os utentes mais leais (nível 5 de lealdade), aqueles cuja probabilidade de percepcionar tempos de espera reduzidos é maior. Por outro lado são os utentes que classificaram a sua lealdade no nível mínimo (nível 1) aqueles cuja probabilidade de percepcionar tempos de espera reduzidos é menor. A tendência para esta probabilidade aumentar com o incremento da lealdade não é perfeita apenas devido à diminuição do valor da estimativa quando se passa do nível 2 para o nível 3 de lealdade;

*Recomendação:* destacam-se os elementos que assinalaram os níveis 1 (nível mais baixo de recomendação) e 3 como aqueles para quem a probabilidade de percepcionarem tempos de espera prévios à consulta mais reduzidos é maior. No pólo oposto surgem os utentes que assinalaram o nível 2 (segundo nível mais baixo de recomendação) como sendo aqueles para quem a probabilidade de percepcionarem tempos de espera reduzidos é menor.

## Tempo de espera entre saída da consulta e saída do HSJ

Quanto à percepção acerca do tempo de espera implicado após a consulta na entrega do cartão de utente, na marcação de nova consulta, ou na validação de receitas, utilizando a mesma escala, é notoriamente destacado o nível 5 como o mais frequente para ambos os grupos com 75,8% dos elementos do grupo I (HD) e 71,5% dos indivíduos do grupo II (HSJ) (Tabela 17). Note-se mais uma vez que o nível 1 corresponde a um “tempo de espera muito longo” e o nível 5 a um “tempo de espera muito breve”.

**Tabela 17** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de espera entre saída da consulta e saída do HSJ

Tempo de espera entre saída da consulta e saída do HSJ	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
2	10	9	p = 0,685
	4,6%	4,1%	
3	15	19	
	6,9%	8,6%	
4	28	35	
	12,8%	15,8%	
5	166	158	
	75,8%	71,5%	
Total	219	221	
	100%	100%	

Fonte: SPSS 17

Ao realizar o teste de Qui-Quadrado para homogeneidade, surge um valor de  $p = 0,685$  conducente à não rejeição da  $H_0$  e, por isso, indicador da homogeneidade da proporção de utentes do grupo I (HD) e do grupo II (HSJ) em relação aos diferentes níveis de tempo de espera após a consulta.

## Percepção sobre o atendimento pelo médico

No que toca à percepção dos respondentes acerca do atendimento pelo médico, ao realizar-se o teste exacto de Fisher (por não se verificarem as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do Qui-Quadrado), não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) nas variáveis: atenção dispensada, explicações sobre medicamentos prescritos, informação sobre cuidados a seguir e



desempenho global do médico. Em todas estas variáveis e em ambos os grupos, a maioria dos elementos seleccionou os dois níveis superiores (4 e 5). Note-se que na escala de cinco pontos utilizada neste conjunto de variáveis o 1 representa o pólo negativo significando baixa qualidade e o 5 o pólo oposto representando uma óptima qualidade de atendimento. Relativamente à atenção dispensada, os níveis 4 e 5 foram seleccionados por 84,5% dos elementos do grupo I (HD) e por 84,2% dos do grupo II (HSJ). O mesmo aconteceu com as explicações acerca dos medicamentos prescritos com 86,7% do grupo I (HD) e com 90,5% do grupo II (HSJ) e também com a informação disponibilizada acerca dos cuidados a seguir com 87,2% do grupo I (HD) e 89,1% do grupo II (HSJ). Por fim, relativamente ao desempenho global do médico 86,7% dos elementos do grupo I (HD) e 90,1% do grupo II (HSJ) voltaram a seleccionar os dois níveis superiores da escala (4 e 5) (Tabela 18).

**Tabela 18** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao atendimento pelo médico.

		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		n	%	n	%	
Atenção dispensada	1	0	0	2	0,9	p = 0,319
	2	4	1,8	8	3,6	
	3	30	13,7	25	11,3	
	4	97	44,3	87	39,4	
	5	88	40,2	99	44,8	
Explicações sobre medicamentos prescritos	2	1	0,5	4	1,8	p = 0,075
	3	28	12,8	17	7,7	
	4	101	46,1	121	54,8	
	5	89	40,6	79	35,7	
Informação sobre cuidados a seguir	2	1	0,5	4	1,8	p = 0,305
	3	27	12,3	20	9,0	
	4	103	47,0	115	52,0	
	5	88	40,2	82	37,1	
Desempenho global	2	2	0,9	3	1,4	p = 0,316
	3	27	12,3	19	8,6	
	4	103	47,0	95	43,0	
	5	87	39,7	104	47,1	
Total		219	100	221	100	

Fonte: SPSS 17

No que diz respeito ao atendimento pelo médico, as diferenças encontradas dizem respeito unicamente à percepção sobre a informação transmitida acerca do estado de saúde do utente e à percepção sobre o envolvimento do utente na decisão terapêutica.

No que toca à primeira, a tendência de ambos os grupos seleccionarem os níveis superiores mantém-se. Tanto o grupo I (HD) como o grupo II (HSJ) situam respectivamente 84,4% e 89,2% dos seus elementos nos níveis 4 e 5 (Tabela 19).

**Tabela 19** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à percepção sobre a informação transmitida pelo médico acerca do próprio estado de saúde.

Percepção sobre a informação transmitida acerca do próprio estado de saúde		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
2	Freq Obs	1	0,5%	9	4,1%	p = 0,004
	Resíduo	-1,8		1,8		
3	Freq Obs	33	11,1%	15	6,8%	
	Resíduo	1,9		-1,9		
4	Freq Obs	103	47,0%	108	48,9%	
	Resíduo	-0,2		0,2		
5	Freq Obs	82	37,4%	89	40,3%	
	Resíduo	-0,3		0,3		
Total		219	100%	221	100%	

Fonte: SPSS 17

A diferença estatisticamente significativa sugerida pelo valor de  $p=0,004$ , obtido através do teste do Qui-Quadrado para homogeneidade, deve-se essencialmente, dados os resíduos observados, ao nível 2, onde a proporção de utentes do grupo I (HD) é menor que a frequência esperada, e ao nível 3 onde, pelo contrário, a frequência observada respeitante a este grupo é maior do que a esperada. Desta forma, a análise dos dados é sugestiva de que os elementos do grupo I (HD), quando comparados com o grupo II (HSJ) percebem uma mais alta qualidade acerca das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde.

No primeiro modelo de regressão ordinal onde são contemplados apenas os elementos do grupo I (HD) (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=325,354$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(25)=12,838$ ,  $p=0,978$ ,  $D(25)=20,054$ ,  $p=0,744$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,780$ ,  $R^2_N=0,892$  e  $R^2_{MF}=0,731$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=1,000$  e função de ligação “Log Log complementar” dada a assimetria negativa da distribuição), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas

da percepção sobre a informação transmitida pelo médico acerca do estado de saúde (Tabela 7A, Anexo XI):

*Percepção sobre alterações na qualidade global do serviço após o encerramento do HD:* parece notar-se que tanto os utentes que perceberam uma perda na qualidade global do serviço prestado na consulta de MI após o encerramento do HD como os que relatam uma melhoria a este nível têm uma probabilidade inferior de seleccionar os níveis mais altos de qualidade do atendimento pelo médico no que respeita à disponibilização de informações acerca do estado de saúde quando comparados com os utentes que não sentiram alterações a nível da qualidade global após o encerramento do HD;

*Percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica:* a análise dos dados sugere que quanto mais envolvido se sente o utente na decisão terapêutica, maior é a sua probabilidade em perceber altos níveis de qualidade no atendimento pelo médico no que respeita à disponibilização de informações acerca do seu estado de saúde;

No segundo modelo de regressão ordinal, onde são contemplados também os elementos do grupo II (HSJ) (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=921,742$  e  $p<0,001$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,877$ ,  $R^2_N=1,000$  e  $R^2_{MF}=1,000$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(698)=562,175$ ,  $p=1,000$ ,  $D(698)=317,396$ ,  $p=1,000$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=1,000$  e função de ligação “Log Log complementar” dada a assimetria negativa da distribuição), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas da percepção da qualidade da informação transmitida pelo médico acerca do seu estado de saúde (Tabela 8A, Anexo XI):

*Número de menores de idade no agregado familiar:* a análise dos dados leva a crer que quanto maior é o número de menores de idade no agregado familiar do respondente, maior é a sua probabilidade em perceber altos níveis de qualidade na informação transmitida pelo médico acerca do seu estado de saúde;

*Idade:* destacam-se as classes etárias extremas. Os elementos com menos de 25 anos e os elementos situados entre os 65 e 99 anos são os que têm maior probabilidade em perceber níveis mais altos de qualidade na informação transmitida pelo médico acerca do seu estado de saúde;

*Estado Civil:* pela análise dos dados parece verificar-se que são os divorciados os que têm maior probabilidade de percepcionar níveis mais altos de qualidade na informação, contrapondo-se aos separados que exibem menor probabilidade de seleccionar altos níveis de qualidade na informação transmitida pelo médico acerca do seu estado de saúde;

*Situação Profissional:* a análise dos dados sugere serem as categorias “doméstico” e “reformado” as que exibem maior probabilidade de seleccionarem os níveis mais elevados de qualidade na informação transmitida pelo médico acerca do seu estado de saúde. Por outro lado, são os estudantes os que apresentam menor probabilidade de seleccionarem os níveis mais elevados de qualidade na informação transmitida pelo médico acerca do seu estado de saúde;

*Escolaridade:* a análise dos dados parece sugerir que são os utentes que não sabem ler nem escrever aqueles que têm uma maior probabilidade de indicar níveis mais elevados de qualidade da informação transmitida pelo médico acerca do seu estado de saúde. Por outro lado, são os utentes que têm o 12º ano/antigo 7º ano os que exibem a menor probabilidade de indicar níveis mais elevados de qualidade da informação transmitida pelo médico acerca do seu estado de saúde;

*Acessibilidade geográfica apercebida:* parece verificar-se uma tendência para aumentar a probabilidade de percepcionar níveis mais elevados de qualidade da informação à medida que aumenta a acessibilidade geográfica apercebida. Exceptua-se o nível mais alto de acessibilidade, o nível 5, que sugere uma probabilidade menor de percepcionar elevados níveis de qualidade da informação transmitida pelo médico acerca do seu estado de saúde e o nível 3 com uma probabilidade ligeiramente menor que o nível 2 de percepcionar elevados níveis de qualidade da informação transmitida pelo médico acerca do seu estado de saúde;

*Percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica:* à semelhança do modelo anterior, parece verificar-se que quanto mais envolvido se sente o utente na decisão terapêutica, maior é a sua probabilidade em percepcionar altos níveis de qualidade no atendimento pelo médico no que respeita à disponibilização de informações acerca do seu estado de saúde;

*Qualidade global percebida:* parece notar-se que quanto maior é a qualidade global percebida, maior é a probabilidade do utente em perceber elevados níveis de qualidade da informação transmitida;

*Lealdade:* a análise dos dados sugere agora que os utentes que seleccionaram o nível 4 de lealdade são os que têm menor probabilidade de seleccionar os níveis superiores de qualidade da informação. A estes contrapõem-se os utentes que seleccionaram o nível máximo de lealdade (nível 5) que, por sua vez, são indicados como sendo aqueles cuja probabilidade de seleccionar os níveis superiores de qualidade da informação é menor;

Quanto ao envolvimento na decisão terapêutica, os dados voltam a sugerir uma tendência para a selecção dos níveis 4 e 5 em ambos os grupos. De facto, a escolha de 66,2% dos elementos do grupo I (HD) e 80,5% dos elementos do grupo II (HSJ) voltou a recair nos dois níveis superiores (Tabela 20).

**Tabela 20** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica.

Percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
1	Freq Obs	0	0,0%	1	0,5%	p<0,001
	Resíduo	-0,7		0,7		
2	Freq Obs	7	3,2%	14	6,3%	
	Resíduo	-1,1		1,1		
3	Freq Obs	67	30,6%	28	12,7%	
	Resíduo	2,9		-2,9		
4	Freq Obs	71	32,4%	107	48,4%	
	Resíduo	-1,9		1,9		
5	Freq Obs	74	33,8%	71	32,1%	
	Resíduo	0,2		-0,2		
Total		219	100%	221	100%	

Fonte: SPSS 17

Realizando o teste exacto de Fisher (dado o incumprimento dos pressupostos da distribuição Qui-Quadrado) resulta um  $p<0,001$  levando a que se assumam como significativas as diferenças encontradas entre os dois grupos em estudo. Destas diferenças destacam-se os níveis 3 onde a proporção de utentes do grupo I (HD) é maior que a frequência

esperada e o nível 4 onde, pelo contrário, a frequência observada respeitante a este grupo é menor do que a esperada. A presente análise parece sugerir que os utentes do grupo II (HSJ) se sentem mais envolvidos na decisão terapêutica que os utentes do grupo I (HD).

No primeiro modelo de regressão ordinal onde são contemplados apenas os elementos do grupo I (HD) (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=495,068$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(249)=154,537$ ,  $p=1,000$ ,  $D(249)=139,319$ ,  $p=1,000$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,900$ ,  $R^2_N=0,989$  e  $R^2_{MF}=0,955$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=1,000$  e função de ligação “Log Log complementar” dada a assimetria negativa da distribuição), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas da percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica (Tabela 9A, Anexo XI):

*Número de Consultas de MI marcadas no HSJ a que o utente não compareceu em 2008:* de acordo com a análise dos dados parece verificar-se que quanto maior é o número de consultas não comparecidas, menor é a probabilidade do utente se sentir envolvido na decisão terapêutica;

*Percepção sobre alterações na qualidade global do serviço após o encerramento do HD:* parece que a probabilidade de indicar altos níveis de envolvimento na decisão terapêutica é maior nos utentes do grupo I (HD) que referem ter havido uma perda na qualidade global no serviço prestado na consulta de MI após o encerramento do HD, quando comparados com os que dizem ter havido um incremento na qualidade global ou que, pelo contrário, não sentiram qualquer alteração a este nível;

*Situação Profissional:* a análise dos dados sugere serem as categorias “estudante” e “reformado” as que exibem maior probabilidade de seleccionarem os níveis mais elevados de envolvimento na decisão terapêutica. Por outro lado, são os desempregados os que apresentam menor probabilidade de seleccionarem os níveis mais elevados no envolvimento na decisão terapêutica;

*Percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde:* perante a análise do modelo, parece verificar-se que os elementos que situaram a qualidade das informações sobre o próprio estado de saúde transmitidas pelo

médico nos dois níveis máximos (níveis 4 e 5) são também aqueles cuja probabilidade de se sentirem mais envolvidos na decisão terapêutica é maior;

*Cumprimento das expectativas:* é interessante notar que a análise dos dados parece indicar que os utentes do grupo I (HD) que seleccionaram o segundo nível mais baixo de cumprimento das expectativas em relação à última consulta de MI são aqueles que apresentam a maior probabilidade de se sentirem mais envolvidos na decisão terapêutica;

*Lealdade:* parece notar-se que quanto mais leais forem os indivíduos do grupo I (HD), maior é a probabilidade de seleccionarem os níveis mais elevados de envolvimento na decisão terapêutica;

*Recomendação:* destacam-se os utentes que seleccionaram o nível 4, bem como os utentes que seleccionaram o nível mais elevado no que toca à probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ (nível 5) como sendo aqueles que apresentam a menor probabilidade de se sentirem envolvidos na decisão terapêutica.

No segundo modelo de regressão ordinal, onde são contemplados também os elementos do grupo II (HSJ) (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=767,647$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(199)=460,085$ ,  $p<0,001$ ,  $D(199)=213,418$ ,  $p=0,230$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,825$ ,  $R^2_N=0,904$  e  $R^2_{MF}=0,714$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=1,000$  e função de ligação “Log Log complementar” dada a assimetria negativa da distribuição), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas do envolvimento na decisão terapêutica (Tabela 10A, Anexo XI):

*Percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde:* à semelhança do modelo anterior, parece verificar-se que os elementos que situaram a qualidade das informações sobre o próprio estado de saúde transmitidas pelo médico nos dois níveis máximos (níveis 4 e 5), são também aqueles cuja probabilidade de se sentirem mais envolvidos na decisão terapêutica é maior;

*Cumprimento das Expectativas:* ao contrário do modelo anterior parece notar-se que quanto maior é o nível de cumprimento das expectativas prévias à consulta de MI maior é a probabilidade do utente se sentir envolvido na decisão terapêutica;

*Qualidade Global percebida:* a análise do modelo sugere que à medida que o nível de qualidade global aumenta, diminui a probabilidade de percepção dos níveis mais elevados de envolvimento na decisão terapêutica;

## Cumprimento das expectativas

Analisando o cumprimento das expectativas em relação à última consulta de MI no HSJ e utilizando a escala de cinco pontos onde o 1 representa “muito menos que o esperado” e 5 “muito mais que o esperado”, observa-se que em ambos os grupos o nível modal é o 3, no caso do grupo I (HD) com 70,3% dos elementos e no caso do grupo II (HSJ) com 67,0% dos elementos (Tabela 21).

**Tabela 21** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao cumprimento das expectativas em relação à última consulta de MI no HSJ.

Cumprimento das expectativas em relação à última consulta de MI no HSJ		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
1	Freq Obs	7	3,2%	0	0,0%	p<0,001
	Resíduo	1,9		-1,9		
2	Freq Obs	38	17,4%	13	5,9%	
	Resíduo	2,5		-2,5		
3	Freq Obs	154	70,3%	148	67,0%	
	Resíduo	0,3		-0,3		
4	Freq Obs	20	9,1%	54	24,4%	
	Resíduo	-2,8		2,8		
5	Freq Obs	0	0%	6	2,7%	
	Resíduo	-1,7		1,7		
Total		219	100%	221	100%	

Fonte: SPSS 17

Quando realizado o teste exacto de Fisher (uma vez que os pressupostos de aplicação do teste de homogeneidade do Qui-Quadrado não se verificaram) surge um valor de  $p<0,001$ , fortemente sugestivo que se rejeite a hipótese nula e se assuma que a proporção de utentes do



grupo I (HD) é significativamente diferente, do ponto de vista estatístico, em pelo menos um dos níveis de cumprimento de expectativas.

A análise das discrepâncias entre frequência observada e frequência esperada leva a crer que os níveis 2 e 4 são os mais influentes na não homogeneidade de proporções, o primeiro contendo mais elementos do grupo I (HD) que o esperado e o segundo incluindo um número destes elementos inferior ao previsível. A par do exposto, parece verificar-se uma tendência para os níveis inferiores (1, 2 e 3) serem seleccionados pelos elementos do grupo I (HD) que, por sua vez, já tinham assinalado níveis mais baixos de expectativas prévias, enquanto os níveis superiores (4 e 5) são tendencialmente seleccionados pelos elementos do grupo II (HSJ) com expectativas prévias mais altas que as dos utentes do grupo I (HD) (Tabela 40).

No primeiro modelo de regressão ordinal (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=80,194$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(32)=24,566$ ,  $p=0,823$ ,  $D(32)=30,749$ ,  $p=0,530$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,311$ ,  $R^2_N=0,376$  e  $R^2_{MF}=0,213$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=0,189$  e função de ligação “Probit” dada a aparente simetria da distribuição), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas do cumprimento das expectativas dos elementos do grupo I (HD) (Tabela 11A, Anexo XI):

*Percepção de Benefício/Prejuízo inerente ao encerramento do HD:* a análise dos dados parece indicar que os utentes que se sentem beneficiados com o encerramento do HD são aqueles que têm maior probabilidade de vir a experimentar altos níveis de cumprimento das expectativas iniciais. Por sua vez, são os utentes que dizem sentir-se prejudicados os que têm menor probabilidade de superar as suas expectativas iniciais relativamente ao serviço prestado na consulta de MI no HSJ;

*Satisfação Global:* a análise parece evidenciar que quanto mais satisfeito se encontrar o utente do grupo I (HD), maior será a probabilidade de este experimentar altos níveis de cumprimento das expectativas iniciais;

No segundo modelo de regressão ordinal, onde são contemplados também os elementos do grupo II (HSJ) (função de ligação “Probit”, estatisticamente significativo com  $G^2(2)=694,148$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(821)=1089,397$ ,  $p<0,001$ ,  $D(821)=451,676$ ,  $p=1,000$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,794$ ,  $R^2_N=0,938$  e  $R^2_{MF}=0,842$  e pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=0,486$ ), de acordo com o nível

---

de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas do cumprimento das expectativas do utente (Tabela 12A, Anexo XI):

*Situação Profissional:* segundo a análise destacam-se os estudantes como tendo uma maior probabilidade de superar as suas expectativas iniciais e os desempregados, no pólo oposto, como aqueles para quem essa probabilidade é menor;

*Expectativas Prévias à Consulta:* Parece notar-se que quanto mais elevadas são as expectativas prévias à consulta de MI, menor é a probabilidade de estas virem a ser cumpridas ou superadas. A esta tendência exceptuam-se os utentes que seleccionaram o nível mais alto de expectativas iniciais para quem a probabilidade do seu cumprimento é a mais alta quando comparados com todos os outros elementos;

*Qualidade do Atendimento pelo Administrativo:* parece notar-se que quanto maior é o nível de qualidade do atendimento pelo administrativo, maior é a probabilidade das expectativas iniciais virem a ser superadas;

*Percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica:* destacam-se os utentes que percebem o nível mais baixo (nível 1) de envolvimento na decisão terapêutica como aqueles que detêm a maior probabilidade de superar as suas expectativas iniciais. Os utentes que seleccionaram o nível imediatamente a seguir (nível 2), são por sua vez aqueles cuja probabilidade de superar as suas expectativas é menor. Note-se que até ao nível 4 de envolvimento, esta probabilidade tende a aumentar, voltando a decrescer quando é atingido o nível máximo de envolvimento na decisão terapêutica (nível 5);

*Percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde:* parece notar-se que à medida que o nível de qualidade das informações vai aumentando, aumenta também a probabilidade de serem superadas as expectativas prévias à consulta;

*Qualidade Global Percebida:* à semelhança da variável anterior, com o aumento da qualidade global percebida, aumenta também a probabilidade de serem superadas as expectativas prévias à consulta de MI;

*Satisfação Global*: mantém-se uma variável preditiva significativa no segundo modelo. Mais uma vez, a análise parece evidenciar que quanto mais satisfeito se encontrar o utente, maior será a probabilidade de este experimentar altos níveis de cumprimento das expectativas iniciais;

## Qualidade Global Percebida

Relativamente à qualidade global do serviço prestado na consulta percepcionada pelos utentes, de acordo com a escala de cinco pontos onde o 1 representa “muito má” e 5 “muito boa” destaca-se o nível 4 como sendo o mais frequente em ambos os grupos, contando com 47,5% de elementos no caso do grupo I (HD) e com 71,0% dos elementos para o caso do grupo II (HSJ) (Tabela 22).

**Tabela 22** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à qualidade global percepcionada acerca do serviço prestado na consulta de MI no HSJ.

Qualidade global percepcionada acerca do serviço prestado na consulta de MI no HSJ		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
2	Freq Obs	10	4,6%	1	0,5%	p<0,001
	Resíduo	1,9		-1,9		
3	Freq Obs	97	44,3%	34	15,4%	
	Resíduo	3,9		-3,9		
4	Freq Obs	104	47,5%	157	71,0%	
	Resíduo	-2,3		2,3		
5	Freq Obs	8	3,7%	29	13,1%	
	Resíduo	-2,4		2,4		
Total		219	100%	221	100%	

Fonte: SPSS 17

Ao realizar-se o teste do Qui-Quadrado para homogeneidade, surge um valor de  $p<0,001$  fortemente sugestivo da existência de diferenças estatisticamente significativas na proporção de indivíduos dos dois grupos nos diferentes níveis de qualidade percepcionada.

Analisando os valores de resíduo, é notória a grande influência que o nível 3 possui na não homogeneidade de proporções, onde o grupo I (HD) detém mais elementos do que a frequência esperada, e o nível 5 onde, pelo contrário, é o grupo II (HSJ) que evidencia uma frequência observada superior à esperada. Observa-se ainda que a partir do nível 4 é exibido um resíduo negativo para o grupo I (HD), sugerindo assim que os elementos do grupo II

(HSJ) tendencialmente percebem níveis mais elevados de qualidade global do serviço que os elementos do grupo I (HD).

No primeiro modelo de regressão ordinal (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=270,329$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(54)=17,687$ ,  $p=1,000$ ,  $D(54)=22,990$ ,  $p=1,000$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,709$ ,  $R^2_N=0,826$  e  $R^2_{MF}=0,632$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=1,000$  e função de ligação “Probit” dada a aparente simetria da distribuição), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas da qualidade global percebida pelos elementos do grupo I (HD) (Tabela 13A, Anexo XI):

*Escolaridade*: de acordo com a análise dos dados parece notar-se que são as categorias extremas que se destacam. Por um lado, são os elementos que terminaram o antigo 7ºano/12ºano aqueles cuja probabilidade de perceber níveis elevados de qualidade global é maior. Por outro lado, destacam-se os elementos que detêm um curso superior como aqueles que têm uma menor probabilidade de perceber níveis elevados de qualidade global;

*Satisfação Global*: a análise parece evidenciar que quanto mais satisfeito se encontrar o utente, maior será a probabilidade de este perceber altos níveis de qualidade global do serviço prestado na consulta.

No segundo modelo de regressão ordinal, onde são contemplados também os elementos do grupo II (HSJ) (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=822,495$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(545)=771,740$ ,  $p<0,001$ ,  $D(545)=275,887$ ,  $p=1,000$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,846$ ,  $R^2_N=0,987$  e  $R^2_{MF}=0,963$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=1,000$  e função de ligação “Probit” dada a aparente simetria da distribuição), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas da percepção do utente em relação à qualidade global do serviço (Tabela 14A, Anexo XI):

*Escolaridade*: volta a revelar-se no segundo modelo como variável preditiva significativa. Novamente, de acordo com a análise dos dados, parece notar-se que são os elementos que terminaram o antigo 7ºano/12ºano aqueles cuja probabilidade de perceber níveis elevados de qualidade global é maior. Por outro lado, destacam-se agora os elementos que têm o antigo

---

5º ano/9º ano como aqueles que têm uma menor probabilidade de perceber níveis elevados de qualidade global;

*Qualidade do Atendimento pelo Administrativo:* parece notar-se que são os utentes que classificaram no nível máximo a qualidade do atendimento pelo administrativo (nível 5), aqueles cuja probabilidade de perceber altos níveis de qualidade global é maior. Todos os outros utentes têm uma menor probabilidade de seleccionar os níveis mais altos de qualidade global percebida;

*Percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde:* destacam-se os utentes que percebem o nível máximo (nível 5) de qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde. Todos os outros utentes têm uma menor probabilidade de perceber altos níveis de qualidade global;

*Percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica:* destacam-se os utentes que percebem o nível mais baixo (nível 1) de envolvimento na decisão terapêutica como aqueles que detêm a maior probabilidade de perceber os níveis mais elevados de qualidade global do serviço. Os utentes que seleccionaram o nível imediatamente a seguir (nível 2), são por sua vez aqueles cuja probabilidade de perceber uma alta qualidade global é menor. Note-se que até ao nível 4 de envolvimento, esta probabilidade tende a aumentar, voltando a decrescer quando é atingido o nível máximo de envolvimento na decisão terapêutica (nível 5);

*Percepção sobre o tempo de espera imediatamente antes da consulta:* destacam-se os utentes que situam o tempo que esperaram antes da consulta no nível 4 como aqueles que detêm a maior probabilidade de perceber os níveis mais elevados de qualidade global do serviço e os utentes que classificam o tempo de espera como muito breve (nível 5) como aqueles para quem a probabilidade de perceber níveis elevados de qualidade global do serviço é menor. Note-se que o nível 1 corresponde a um tempo de espera muito longo e 5 a um tempo de espera muito breve;

*Satisfação Global:* volta a revelar-se como variável preditiva e com um comportamento semelhante ao primeiro modelo: a análise parece evidenciar que quanto mais satisfeito se

encontrar o utente, maior será a probabilidade de este perceber altos níveis de qualidade global do serviço prestado na consulta;

## Satisfação Global

No que se refere à satisfação global com a experiência na consulta de MI no HSJ, tendo em conta a escala de 5 pontos onde 1 significa “muito insatisfeito” e 5 “muito satisfeito”, pode observar-se através da tabela 23 que o nível mais frequentemente seleccionado pelo grupo I (HD) é o 3 com 53% dos elementos e pelo grupo II (HSJ) o 4 com 69,7%.

**Tabela 23** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à satisfação global com a experiência na consulta de MI no HSJ.

Satisfação Global com a experiência na consulta de MI no HSJ		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
2	Freq Obs	23	10,5%	5	2,3%	p<0,001
	Resíduo	2,4		-2,4		
3	Freq Obs	116	53,0%	34	15,4%	
	Resíduo	4,8		-4,8		
4	Freq Obs	72	32,9%	154	69,7%	
	Resíduo	-3,8		3,8		
5	Freq Obs	8	3,7%	28	12,7%	
	Resíduo	-2,3		2,3		
Total		219	100%	221	100%	

Fonte: SPSS 17

Ao realizar-se o teste de homogeneidade do Qui-Quadrado, através do valor de p gerado ( $p<0,001$ ), toma-se a decisão de rejeitar a hipótese nula e assumir que, em pelo menos um nível de satisfação existem diferenças estatisticamente significativas na proporção de elementos dos dois grupos.

Pelos resíduos gerados, mais uma vez se destacam os níveis 3 e 4 como sendo os mais influentes na não homogeneidade de proporções. A par do exposto e adicionando à análise o valor de resíduo dos outros níveis, parece verificar-se que a proporção de utentes do grupo I (HD) é superior ao esperado nos níveis mais baixos, nomeadamente no 2 e no 3, ao mesmo tempo que a proporção de utentes do HSJ é superior ao esperado nos níveis mais elevados, nomeadamente no 4 e no 5.

No primeiro modelo de regressão ordinal (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=312,702$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(56)=23,498$ ,  $p=1,000$ ,  $D(56)=36,036$ ,  $p=0,982$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,760$ ,  $R^2_N=0,864$  e  $R^2_{MF}=0,675$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=1,000$  e função de ligação “Probit” dada a aparente simetria da distribuição), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas da satisfação global pelos elementos do grupo I (HD) (Tabela 15A, Anexo XI):

*Cumprimento das expectativas:* perante a análise dos dados parece notar-se que quanto mais os utentes do grupo I (HD) sentem as suas expectativas superadas maior é a sua satisfação global com o serviço prestado na consulta de MI no HSJ. A contrariar esta tendência encontram-se os utentes do que situam no nível 3 o cumprimento das suas expectativas com uma probabilidade de experimentar altos níveis de satisfação ligeiramente inferior à dos utentes que situam o cumprimento das suas expectativas no nível 2. Note-se que na escala de cinco pontos 1 corresponde a “muito menos que o esperado” e 5 a “muito mais que o esperado”;

*Qualidade Global Percepcionada:* a análise do modelo sugere que quanto maior é a qualidade global percepcionada maior é a probabilidade do utente do grupo I (HD) seleccionar os níveis mais altos de satisfação global;

*Recomendação:* à semelhança da variável anterior, quanto maior for a probabilidade de recomendação do serviço de MI do HSJ a familiares, amigos ou colegas, maior será a probabilidade de serem experimentados altos níveis de satisfação com o serviço recebido;

No segundo modelo de regressão ordinal, onde são contemplados também os elementos do grupo II (HSJ) (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=926,028$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(504)=6330,286$ ,  $p<0,001$ ,  $D(504)=328,633$ ,  $p=1,000$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,878$ ,  $R^2_N=0,990$  e  $R^2_{MF}=0,965$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=1,000$  e função de ligação “Probit” dada a aparente simetria da distribuição), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas da satisfação global com serviço recebido na consulta de MI do HSJ (Tabela 16A, Anexo XI):

*Número de menores de idade no agregado familiar:* a análise dos dados leva a crer que quanto maior é o número de menores de idade no agregado familiar do respondente, menor é a sua probabilidade em atingir níveis de satisfação mais elevados;

*Hospital:* a análise dos dados parece evidenciar que os utentes pertencentes ao grupo I (HD) têm uma menor probabilidade de experimentar altos níveis de satisfação que os utentes do grupo II (HSJ);

*Situação Profissional:* segundo a análise destacam-se os elementos empregados como tendo uma maior probabilidade de serem mais satisfeitos e os estudantes, no pólo oposto, como aqueles para quem essa probabilidade é menor;

*Percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde:* destacam-se os utentes que percebem os dois níveis mais elevados (níveis 4 e 5) de qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde. Todos os outros utentes têm uma menor probabilidade de perceber altos níveis de satisfação global;

*Percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica:* destacam-se os utentes que percebem o segundo nível mais baixo (nível 2) bem como os que indicaram o nível máximo (nível 5) de envolvimento na decisão terapêutica como aqueles que detêm a maior probabilidade de experimentar os níveis mais elevados de satisfação global com o serviço. Todos os outros utentes têm, segundo a análise dos dados, uma menor probabilidade de perceber altos níveis de satisfação global;

*Qualidade Global Percebida:* variável novamente significativa no segundo modelo comportando-se de forma semelhante: a análise do modelo sugere que quanto maior é a qualidade global percebida maior é a probabilidade do utente seleccionar os níveis mais elevados de satisfação global;

*Lealdade:* perante a análise dos dados destacam-se os elementos mais leais (nível 5) como aqueles para quem a probabilidade de experimentarem altos níveis de satisfação é maior do que a de todos os outros elementos;



*Recomendação:* variável novamente significativa no segundo modelo comportando-se de forma semelhante: quanto maior for a probabilidade de recomendação do serviço de MI do HSJ a familiares, amigos ou colegas, maior será a probabilidade de serem experimentados altos níveis de satisfação com o serviço recebido.

### **Lealdade**

No que respeita à vontade expressa de voltar à consulta de MI do HSJ mesmo tendo oportunidade de receber o mesmo serviço noutra instituição, pode observar-se através da tabela 24, utilizado a escala de 5 pontos onde 1 significa “muito improvável” e 5 “muito provável”, que o nível mais frequentemente seleccionado pelo grupo I (HD), é o 3 com 34,2% dos elementos e pelo grupo II (HSJ) o 5 com 37,6%.

**Tabela 24** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à lealdade.

Lealdade		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
1	Freq Obs	12	5,5%	8	3,6%	p<0,001
	Resíduo	0,6		-0,6		
2	Freq Obs	51	23,3%	11	5,0%	
	Resíduo	3,6		-3,6		
3	Freq Obs	75	34,2%	49	22,2%	
	Resíduo	1,7		-1,7		
4	Freq Obs	56	25,6%	70	31,7%	
	Resíduo	-0,8		0,8		
5	Freq Obs	25	11,4%	83	37,6%	
	Resíduo	-3,9		3,9		
Total		219	100%	221	100%	

Fonte: SPSS 17

Ao realizar-se o teste de homogeneidade do Qui-Quadrado, a partir do valor de  $p<0,001$ , toma-se a decisão de rejeitar a  $H_0$  e, por isso assumir que em pelo menos um nível a proporção de elementos do grupo I (HD) que o seleccionou é, do ponto de vista estatístico, significativamente diferente da proporção de elementos do grupo II (HSJ).

Ao tentar apurar-se quais dos níveis mais contribui para esta diferença, observa-se que os maiores valores de resíduo se situam no nível 2 e nível 3 onde a frequência observada de utentes do grupo I (HD) é superior à frequência esperada e no nível 5 onde, pelo contrário, a frequência observada superior à esperada diz respeito ao grupo II (HSJ).

De facto, de acordo com a tabela 43 parece haver uma tendência para os elementos do grupo I (HD) seleccionarem os níveis mais baixos de lealdade (1,2 e 3) e para os utentes do grupo II (HSJ) seleccionarem os níveis mais elevados (níveis 4 e 5).

No primeiro modelo de regressão ordinal (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=493,229$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(441)=427,623$ ,  $p=0,667$ ,  $D(441)=322,318$ ,  $p=1,000$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,899$ ,  $R^2_N=0,951$  e  $R^2_{MF}=0,788$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=0,080$  e função de ligação “Probit” dada a aparente simetria da distribuição), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas da lealdade dos elementos do grupo I (HD) (Tabela 17A, Anexo XI):

*Escolaridade*: de acordo com a análise dos dados parece notar-se que são os elementos que não sabem ler nem escrever aqueles cuja probabilidade de serem leais à consulta de MI do HSJ é maior. Por outro lado, destacam-se os elementos que terminaram o 9ºano/antigo 5ºano como aqueles que têm uma menor probabilidade de assinalarem altos níveis de lealdade para com a consulta de MI do HSJ;

*Alteração da Qualidade Global do serviço prestado na consulta de MI após encerramento do HD*: a análise dos dados parece indicar que os utentes que relatam uma perda de qualidade do serviço prestado na consulta de MI após o encerramento do HD têm a probabilidade menor de indicarem níveis elevados de lealdade. Por sua vez, a análise dos dados indica que os utentes que não sentiram qualquer alteração a nível da qualidade global com o encerramento do HD são também menos leais que aqueles que dizem terem-se verificado ganhos na qualidade global com este encerramento;

*Acessibilidade Geografia Percebida*: os utentes que relatam que é muito fácil chegar ao HSJ, e que por isso indicam o nível 5 de acessibilidade, são os que detêm a maior probabilidade de seleccionarem os níveis mais altos de lealdade. Em todos os outros utentes a probabilidade de pertencer a níveis elevados de lealdade é menor;

*Percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde*: parece observar-se uma tendência para os utentes do grupo I (HD) serem tanto mais leais quanto mais elevado for o nível de qualidade da informação recebida pelo médico sobre o seu estado de saúde. Exceptuam-se os elementos que apontaram o nível

máximo de qualidade da informação dado que apresentam a probabilidade mais pequena de virem a ser leais à consulta de MI do HSJ quando comparados com todos os outros elementos. Note-se mais uma vez que na escala de cinco pontos o 1 corresponde a uma qualidade da informação prestada pelo médico “muito má” e o 5 a uma qualidade “muito boa”;

*Percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica:* destacam-se os utentes que indicaram o nível máximo (nível 5) de envolvimento na decisão terapêutica como aqueles que detêm a maior probabilidade de indicar os níveis mais elevados de lealdade. Todos os outros utentes têm, segundo a análise dos dados, uma menor probabilidade de reportar níveis elevados de lealdade;

*Cumprimento das expectativas:* destacam-se os utentes que indicam os dois níveis máximos (níveis 4 e 5) de cumprimento das suas expectativas iniciais como aqueles que detêm a maior probabilidade de indicar os níveis mais elevados de lealdade. Todos os outros utentes têm, segundo a análise dos dados, uma menor probabilidade de reportar níveis elevados de lealdade;

*Recomendação:* segundo a análise dos dados parece existir uma tendência para o aumento da lealdade quanto maior for o nível de recomendação pelo utente.

No segundo modelo de regressão ordinal, onde são contemplados também os elementos do grupo II (HSJ) (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=1146,255$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(627)=1107,329$ ,  $p<0,001$ ,  $D(627)=683,360$ ,  $p=0,059$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,926$ ,  $R^2_N=0,977$  e  $R^2_{MF}=0,883$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=1,000$  e função de ligação “Log Log complementar” dada a assimetria negativa da distribuição), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas da lealdade para com a consulta de MI do HSJ (Tabela 18A, Anexo XI):

*Número de menores de idade no agregado familiar:* a análise dos dados leva a crer que quanto maior é o número de menores de idade no agregado familiar do respondente, maior é a sua probabilidade em ser leal ao serviço da consulta de MI do HSJ;

*Hospital*: a análise dos dados parece evidenciar que os utentes pertencentes ao grupo I (HD) são menos leais que os utentes do grupo II (HSJ);

*Situação Profissional*: segundo a análise destacam-se os elementos estudantes como tendo uma maior probabilidade de serem leais à consulta de MI do HSJ e os elementos empregados, no pólo oposto, como aqueles para quem essa probabilidade é menor;

*Percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde*: variável que se mantém significativa no segundo modelo, comportando-se, no entanto, de forma semelhante: quanto mais alto o nível de qualidade da informação recebida pelo médico sobre o seu estado de saúde maior será a probabilidade de ser leal à consulta de MI do HSJ;

*Recomendação*: variável que se mantém significativa no segundo modelo com um comportamento semelhante: segundo a análise dos dados, uma tendência para o aumento da lealdade quanto mais alto for o nível de recomendação pelo utente;

## Recomendação

No que se refere à probabilidade do utente recomendar o serviço de consulta externa de MI do HSJ a familiares, amigos ou colegas, utilizando a escala anterior, pode observar-se através da tabela 25 que o nível mais frequentemente seleccionado pelo grupo I (HD) é o 3 com 35,2% dos elementos e pelo grupo II (HSJ) o 5 com 43,9%.

**Tabela 25** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à recomendação.

Recomendação		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
1	Freq Obs	9	4,1%	3	1,4%	p<0,001
	Resíduo	1,2		-1,2		
2	Freq Obs	29	13,2%	6	2,7%	
	Resíduo	2,8		-2,8		
3	Freq Obs	77	35,2%	58	26,2%	
	Resíduo	1,2		-1,2		
4	Freq Obs	74	33,8%	57	25,8%	
	Resíduo	1,1		-1,1		

5	Freq Obs	30	13,7%	97	43,9%
	Resíduo	-4,2		4,2	
Total		219	100%	221	100%

Fonte: SPSS 17

Ao realizar-se o teste de homogeneidade do Qui-Quadrado, através do valor de  $p$  gerado ( $p < 0,001$ ), toma-se a decisão de rejeitar a hipótese nula e assumir que, em pelo menos um nível de recomendação existem diferenças estatisticamente significativas na proporção de elementos dos dois grupos.

Pelos resíduos gerados, destacam-se os níveis 2 e 5 como sendo os mais influentes na não homogeneidade de proporções onde, no caso do 2 a frequência observada de utentes do grupo I (HD) é superior à frequência esperada e no nível 5 onde, pelo contrário, a frequência observada superior à esperada diz respeito ao grupo II (HSJ).

A par do exposto e adicionando à análise o valor de resíduo dos outros níveis, parece verificar-se que a proporção de utentes do grupo I (HD) é superior ao esperado desde os níveis mais baixos até ao nível 4, inclusive, ao mesmo tempo que a proporção de utentes do HSJ é superior ao esperado no último nível (nível 5).

No primeiro modelo de regressão ordinal (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=456,016$  e  $p < 0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(467)=713,549$ ,  $p < 0,001$ ,  $D(467)=293,809$ ,  $p=1,000$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,880$   $R^2_N=0,937$  e  $R^2_{MF}=0,756$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=0,124$  e função de ligação “Probit” dada a aparente simetria da distribuição), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas da recomendação pelos elementos do grupo I (HD) (Tabela 19A, Anexo XI):

*Número de menores de idade no agregado familiar:* a análise dos dados leva a crer que quanto maior é o número de menores de idade no agregado familiar do respondente, menor é a sua probabilidade recomendar o serviço da consulta de MI do HSJ;

*Idade:* a análise dos dados leva a crer que são os indivíduos do grupo I (HD) mais jovens, ou seja, pertencentes à classe <25 anos e [25-45[ anos, os que têm menor probabilidade de recomendar o serviço da consulta de MI do HSJ. A estes contrapõem-se os indivíduos pertencentes às classes etárias mais envelhecidas ([45-65[ anos e [65-99] anos) cuja probabilidade de recomendar o serviço da consulta de MI do HSJ é a mais elevada;

*Escolaridade:* de acordo com a análise dos dados parece notar-se que são os elementos que não sabem ler nem escrever aqueles cuja probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ é maior. Por outro lado, destacam-se os elementos que têm o 6ºano/ciclo preparatório como aqueles que têm uma menor probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ em relação a todos os outros elementos;

*Situação Profissional:* segundo a análise destacam-se os elementos domésticos como tendo uma maior probabilidade de recomendarem a consulta de MI do HSJ e os elementos desempregados, no pólo oposto, como aqueles para quem essa probabilidade é menor;

*Percepção acerca de alterações na duração da consulta após o encerramento do HD:* a análise dos dados sugere que os elementos que não sentiram quaisquer alterações a nível do tempo de duração da consulta de MI após o encerramento do HD têm uma maior probabilidade de recomendar o referido serviço que os elementos que referem que o tempo de duração da consulta aumentou ou diminuiu;

*Percepção de Benefício/Prejuízo inerente ao encerramento do HD:* a análise dos dados parece indicar que quanto mais prejudicado o utente se sente com o encerramento do HD, maior é a sua probabilidade em recomendar o referido serviço;

*Percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde:* a análise dos dados indica que quanto mais alto é o nível de qualidade da informação recebida pelo médico sobre o seu estado de saúde maior é a probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ;

*Percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica:* ao contrário da variável anterior, a análise dos dados indica que quanto mais envolvidos se sentem os utentes do grupo I(HD), menor é a probabilidade de recomendarem o serviço da consulta de MI do HSJ;

*Satisfação global:* a análise dos dados sugere que quanto maior é a satisfação global experimentada pelo utente maior será também a probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ;

*Lealdade:* a análise dos dados parece evidenciar que quanto mais leal é o indivíduo do grupo I (HD) maior é a probabilidade deste recomendar a consulta de MI do HSJ.

No segundo modelo de regressão ordinal, onde são contemplados também os elementos do grupo II (HSJ) (estatisticamente significativo com  $G^2(2)=1175,008$  e  $p<0,001$ , ajustamento aos dados com  $X^2_p(843)=1131,571$ ,  $p<0,001$ ,  $D(843)=665,613$ ,  $p=1,000$ , dimensão do efeito com  $R^2_{CS}=0,931$ ,  $R^2_N=0,993$  e  $R^2_{MF}=0,967$ , pressuposto de homogeneidade dos declives cumprido com  $p=1,000$  e função de ligação “Log Log complementar” dada a assimetria negativa da distribuição), de acordo com o nível de significância de 5%, surgem como variáveis preditivas da lealdade para com a consulta de MI do HSJ (Tabela 20A, Anexo XI):

*Hospital:* a análise dos dados parece evidenciar que os utentes pertencentes ao grupo I (HD) têm uma menor probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ que os utentes do grupo II (HSJ);

*Escolaridade:* de novo uma variável preditiva para a recomendação. Desta vez porém, de acordo com a análise dos dados parece notar-se que são os elementos que terminaram o ciclo preparatório/6ºano aqueles cuja probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ é maior. Por outro lado, destacam-se os elementos que só sabem ler e escrever como aqueles que têm uma menor probabilidade de percepcionar níveis elevados de qualidade global;

*Estado Civil:* pela análise dos dados parece verificar-se que são os divorciados os que têm maior probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ, contrapondo-se aos separados que exibem menor probabilidade de recomendar o referido serviço;

*Situação Profissional:* de novo uma variável preditiva significativa para a recomendação, com um comportamento muito semelhante: segundo a análise destacam-se os elementos domésticos como tendo uma maior probabilidade de recomendarem a consulta de MI do HSJ e os elementos desempregados, no pólo oposto, como aqueles para quem essa probabilidade é menor;

*Qualidade do Atendimento pelo Administrativo:* parece notar-se que são os utentes que classificaram no nível máximo a qualidade do atendimento pelo administrativo (nível 5),

---

aqueles cuja probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ é maior. Todos os outros utentes têm uma menor probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ;

*Percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde:* variável que se mantém significativa no segundo modelo e com comportamento semelhante: destacam-se os utentes que indicam o nível mais alto de qualidade da informação recebida pelo médico sobre o seu estado de saúde (nível 5) como sendo os que têm maior probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ. A probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ toma valores muito baixos nos utentes que reportam os níveis mais baixos de qualidade da informação recebida pelo médico sobre o seu estado de saúde;

*Qualidade Global:* ao analisar os dados, até ao nível 4 de qualidade global parece haver uma tendência para aumentar a probabilidade de recomendar a consulta de MI à medida que o nível de qualidade global apercebida vai aumentando. Exceptuam-se os elementos que seleccionaram o nível mais elevado de qualidade global (nível 5) cuja probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ é ligeiramente inferior do que a dos elementos que seleccionaram o nível 4 de qualidade global percebida;

*Satisfação global:* variável que se mantém significativa no segundo modelo e com comportamento similar: a análise dos dados sugere que quanto maior é a satisfação global experimentada pelo utente maior será também a probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ;

*Lealdade:* variável que se mantém significativa no segundo modelo e com comportamento similar: a análise dos dados parece evidenciar que quanto mais leal é o indivíduo do grupo I (HD) maior é a probabilidade deste recomendar a consulta de MI do HSJ.



### **5.3 Efeitos do Encerramento do Hospital do Desterro no Acesso à Consulta Externa de Medicina Interna**

Como já anteriormente referido, as variáveis seleccionadas para levar a cabo o objectivo identificado neste item prendem-se com dois factores fundamentais:

1. A sua susceptibilidade ao encerramento do HD e a consequente probabilidade de serem gerados nos utentes do grupo I (HD) sentimentos de prejuízo/benefício. Englobam-se aqui:

- Tempo de espera imediatamente antes da consulta;
- Tempo de espera após a consulta;
- Mudança de médico assistente;
- Tempo de intervalo entre as consultas;
- Qualidade global (percepcionada).

2. A probabilidade agravada de constituírem barreiras ao acesso à consulta de MI após o encerramento do HD e, por isso, dificultarem o seu acesso. Para além do tempo de espera imediatamente antes da consulta e do tempo de espera após a realização da consulta, incluem-se:

- Falta de conhecimentos para marcação da consulta;
- Falta de conhecimentos em como chegar ao HSJ;
- Falta de conhecimentos em como chegar às instalações da consulta;
- (In)Compatibilidade com horário de funcionamento;
- Gastos totais resultantes da realização de uma consulta.

Neste contexto, para além de serem apurados quais os efeitos do encerramento do HD no acesso à consulta de MI, procedeu-se também ao cruzamento das variáveis supracitadas no ponto 1. com os componentes de Acesso Potencial e de Acesso Realizado (Cumprimento das Expectativas, Qualidade Global, Satisfação Global, Lealdade, Recomendação e número de consultas realizadas e não realizadas).

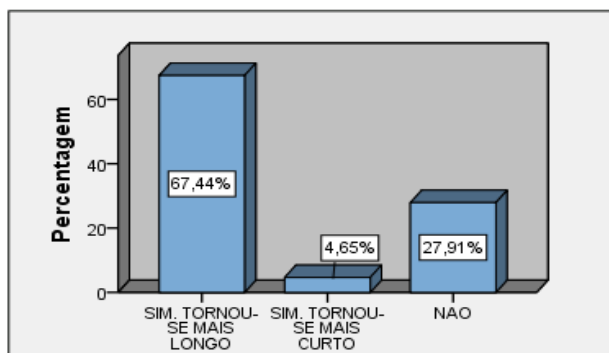
Devido ao grande número de respostas concordantes nas variáveis:

- ☐ Percepção sobre alterações no tempo de espera após a consulta, onde 91,6% dos elementos refere nada ter sentido a este nível;
- ☐ Mudança de médico assistente, apenas confirmada por um único elemento e;
- ☐ Percepção sobre alterações no tempo de intervalo entre as consultas, também negada por 80,9% dos respondentes;

optou-se por não fazer cruzamentos quer com variáveis de Acesso Potencial quer com variáveis de Acesso Realizado, não as considerando como efeitos da transferência do serviço de MI do HD para o HSJ.

Relativamente às alterações percebidas a nível do tempo dispendido na sala de espera tem-se que 67,4% dos utentes do grupo I (HD) sentiram que este se tornou mais longo após o encerramento do HD, 27,9% referem não ter sentido qualquer alteração e 4,65% admitem permanecer menos tempo na sala de espera do que permaneciam no HD (Gráfico 6).

**Gráfico 6** – Percepção do grupo I (HD) acerca de alterações no tempo de espera antes da consulta após o encerramento do HD.



Fonte: SPSS 17

Quando realizado o cruzamento com cada uma das variáveis de Acesso Potencial surgem diferenças estatisticamente significativas a nível do grau de expectativas presentes antes da última consulta, a nível do estado civil, da situação profissional e do número de elementos maiores de idade que, para além do respondente constituem o agregado familiar.

Relativamente ao cruzamento com a primeira variável (mais uma vez se recorda que a escala utilizada é composta por cinco níveis onde o nível 1 representa expectativas muito baixas, no extremo oposto, o nível 5 associa-se a expectativas muito altas e o nível 3 representa o termo neutro associado a expectativas nem muito altas, nem muito baixas), pode observar-se que os utentes do grupo I (HD) que admitem que o tempo de espera antes da

consulta se tornou mais longo, tendem a mostrar níveis mais baixos de expectativas antes da consulta (níveis 2 e 3). A confirmá-lo estão as diferenças positivas entre a frequência observada e esperada verificadas nestes níveis (Tabela 1B, Anexo 10).

Já os utentes que admitem que o tempo de espera prévio à consulta não sofreu alterações ou que, pelo contrário, se tornou mais curto, perante a mesma análise, parecem seleccionar tendencialmente os níveis superiores (4 e 5) de expectativas prévias à última consulta. Note-se a significância estatística destas diferenças fortemente sugerida pelo valor de  $p < 0,001$  obtido através do teste exacto de Fisher.

Quanto ao cruzamento com a variável estado civil, através da diferença entre a frequência esperada e observada, parece verificar-se que os solteiros, assim, como os separados de facto, os casados, e os unidos de facto tendem a assumir que o tempo de espera antes da consulta se tornou mais longo com o encerramento do HD. Confirmam-no as diferenças positivas entre a frequência observada e esperada nas referidas categorias.

Quanto aos divorciados, a mesma análise indica que a categoria “tornou-se mais curto” é a mais influente na determinação do valor de  $p$  na qual se incluem mais indivíduos do que os que são esperados.

Mais uma vez, a significância estatística das diferenças encontradas entre os diferentes estados civis é corroborada pelo teste exacto de Fisher ( $p = 0,002$ ) (Tabela 2B, Anexo XII).

Relativamente ao cruzamento com a variável situação profissional, apura-se que as categorias “desempregado” e “doméstico” tendem a assumir que o tempo dispendido na sala de espera se tornou mais longo após a transferência da consulta de MI do HD para o HSJ. Os elementos “empregados”, da mesma forma que tendem a assumir que o tempo de espera se tornou mais longo, tendem também a negar qualquer alteração sentida a este nível. Quanto à categoria “reformado”, a mesma análise leva a crer que, para além destes elementos mostrarem alguma tendência em assumir que o tempo de espera se tornou mais curto, a diferença entre frequência observada e esperada é maior quando se fala na ausência de alterações sentidas no tempo de espera tal como foi sugerido na análise relativa ao estado civil viúvo (Tabela 3B, Anexo XII). O valor de  $p = 0,011$  resultante do teste exacto de Fisher é sugestivo de que as diferenças identificadas são dotadas de significância estatística.

Quando realizado o cruzamento com a variável número de maiores de idade que, para além do respondente constituem o agregado familiar, parece verificar-se que o grupo que sentiu que após a transferência da consulta de MI para o HSJ o tempo de espera imediatamente antes da consulta se tornou mais longo vive em Média com 1,29 pessoas

maiores de idade com uma dispersão dos valores reflectida num Desvio Padrão de 0,86 pessoas.

O grupo que refere que o tempo de espera imediatamente antes da consulta de MI se tornou mais curto com a referida transferência apresenta uma Média de 1,00 acompanhante maior de idade, valor em torno do qual se dispersam os dados gerando um Desvio Padrão de 0,67 acompanhantes.

Quanto ao grupo que diz não ter sentido qualquer alteração a nível do tempo de espera imediatamente antes da consulta de MI após a transferência de serviços, a variabilidade dos valores reflecte-se num Desvio Padrão de 0,95 acompanhantes tendo como referência uma Média de 0,983 elementos maiores de idade que partilham a casa com o respondente.

Ao realizar-se o teste de Kruskal-Wallis (uma vez que os pressupostos de normalidade da distribuição e homogeneidade de variâncias para a realização do ANOVA *one-way* não se verificam) surge um  $p=0,025$  sugestivo de que em pelo menos dois grupos as diferenças entre as médias do número de menores de idade é significativamente diferente.

Utilizando os níveis de interesse “sozinho”, “acompanhado” e “vivendo em ambiente familiar”, ao realizar-se o teste exacto de Fisher como alternativa ao teste de independência do Qui-Quadrado, surge um  $p$  de 0,063, indicador de que não existem diferenças significativas na proporção de elementos das diferentes percepções sobre alterações no tempo de espera antes da consulta, nas diferentes categorias relativas à situação familiar (Tabela 4B, Anexo XII).

No que se refere às variáveis qualitativas de Acesso Realizado, todos os cruzamentos efectuados com a variável percepção sobre alterações a nível do tempo dispendido na sala de espera sugeriram diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente ao cumprimento das expectativas iniciais (recorde-se que os níveis mais frequentemente apontados pelo grupo I (HD) referentes às expectativas prévias à consulta foram o nível 3 e nível 4), a análise das diferenças entre a frequência observada e a frequência esperada parece indicar uma tendência para os utentes que admitem que o tempo de espera antes da consulta se tornou mais longo se situarem nos níveis mais baixos de cumprimento das expectativas iniciais, nomeadamente no nível 2 e nível 1. De relembrar que o nível 1 corresponde a um cumprimento das expectativas muito menor que o esperado e o 5 a um cumprimento das expectativas muito maior que o esperado.

Quanto aos utentes do grupo I (HD) que referem que o tempo de espera em questão se tornou mais curto ou que, pelo contrário, não sofreu qualquer alteração, parecem tender a seleccionar os níveis superiores (níveis 3 e 4) relativos ao cumprimento das expectativas inicialmente criadas em relação à última consulta (Tabela 5B, Anexo XII). A significância

---

estatística das diferenças apontadas é confirmada pelo teste exacto de Fisher do qual surge um valor de  $p < 0,001$ .

Quando é realizado o mesmo cruzamento mas com a variável qualidade global percebida, a interpretação realizada surge com os mesmos contornos: os utentes que assumem que o tempo de espera antes da consulta não sofreu alterações com o encerramento do HD ou que até se tornou mais curto parecem tender a perceber os mais altos níveis de qualidade global do serviço, nomeadamente o 4 e o 5. Por sua vez, os utentes que percebem o tempo de espera antes da consulta mais longo desde a transferência de serviços, parecem situar-se nos níveis 2 e 3 de qualidade global percebida. Ao realizar-se o teste exacto de Fisher, a partir do qual surge um  $p < 0,001$ , é evidenciada a significância estatística das diferenças apontadas (Tabela 6B, Anexo XII).

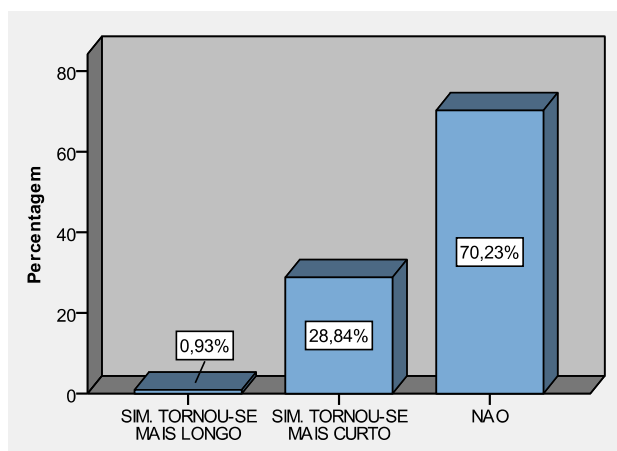
O cruzamento com a variável satisfação global, tal como seria de esperar, revela uma tendência em tudo semelhante ao cruzamento anterior. Ao analisarem-se as diferenças entre as frequências observadas e as frequências esperadas das várias células da tabela de cruzamento, parece verificar-se uma tendência para os elementos que consideram que o tempo de espera imediatamente anterior à consulta se tornou mais longo assumirem níveis de satisfação mais baixos (níveis 2 e 3) do que os utentes que consideram que o referido tempo de espera não sofreu alterações ou que se tornou mais curto (níveis 4 e 5) (Tabela 7B, Anexo XII). Mais uma vez se realizou o teste exacto de Fisher onde o  $p < 0,001$  resultante confirma a significância estatística das diferenças observadas.

No que toca à vontade expressa de voltar à consulta de MI do HSJ mesmo tendo oportunidade de receber o mesmo serviço noutra instituição, a análise das diferenças entre a frequência observada e frequência esperada parece indicar que os utentes que assumem que o tempo de espera antes da consulta não sofreu alterações com o encerramento do HD ou que até se tornou mais curto, assinalam níveis de lealdade superiores (níveis 4 e 5) aos utentes que percebem o tempo de espera antes da consulta mais longo desde a transferência de serviços (níveis 1, 2 e 3). (Tabela 8B, Anexo XII). Note-se que a significância estatística das referidas diferenças é corroborada por um  $p < 0,001$  desta vez, apurado pela simulação de Monte Carlo, com um nível de confiança de 95%, uma vez que é impossível determinar o valor de  $p$  através do teste exacto de Fisher devido a memória insuficiente do equipamento utilizado.

Quanto à probabilidade do utente recomendar o serviço de consulta externa de MI do HSJ a familiares, amigos ou colegas, a análise das diferenças entre frequência esperada e observada volta a sugerir, à semelhança do que se identifica com a qualidade percebida, com a satisfação global e com a lealdade, uma tendência dos elementos que consideram que o tempo de espera imediatamente anterior à consulta se tornou mais longo para assumirem níveis de recomendação mais baixos (níveis 1, 2 e 3) do que os utentes que consideram que o referido tempo de espera não sofreu alterações ou que se tornou mais curto (níveis 4 e 5) (Tabela 9B, Anexo XII). Ao realizar-se o teste exacto de Fisher surge um  $p < 0,001$  fortemente sugestivo da significância estatística das diferenças observadas.

Em relação a alterações no tempo de duração da consulta, após o encerramento do HD, observa-se que 70,23% dos inquiridos não percepciona qualquer alteração e 28,84% refere que o tempo de consulta se tornou mais curto. Menos de 1% percepcionaram um aumento na duração da consulta (Gráfico 7).

**Gráfico 7** – Percepção do grupo I (HD) acerca de alterações na duração da consulta após o encerramento do HD.



Fonte: SPSS 17

Realizando o cruzamento com cada uma das variáveis de Acesso Potencial e de Acesso Realizado, encontram-se diferenças estatisticamente significativas apenas no que respeita ao estado de saúde percebido, à expectativa sobre a qualidade geral antes da última consulta e à situação profissional.

Relativamente à primeira variável, nota-se que os utentes com estado de saúde percebido “Bom” são os únicos a considerar que o tempo de duração da consulta aumentou. Pelo contrário, utentes cujo estado de saúde consideram “Mau” e “Muito Mau”, através da análise de resíduo, tendem a não percepcionar alterações na duração da consulta e que esse

---

tempo se tornou mais curto, respectivamente. Através da mesma análise, parece notar-se uma tendência para os utentes que consideram o seu estado de saúde como “Muito Bom” e “Razoável” para percepcionarem o tempo de duração como mais curto após o encerramento do HD. A significância estatística destas diferenças é sugerida por um valor de  $p=0,016$ , resultante da aplicação do teste exacto de Fisher (Tabela 10B, Anexo XII).

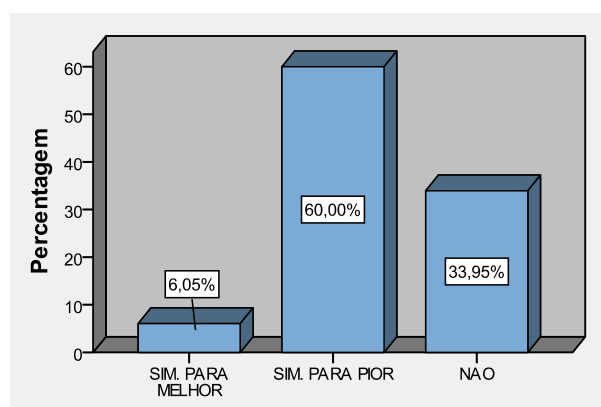
No que respeita à expectativa sobre a qualidade geral antes da última consulta, os resultados obtidos parecem sugerir que os inquiridos com graus de expectativa na ordem dos 2, 4 e 5 têm uma maior propensão para não percepcionarem qualquer alteração no tempo de duração da consulta após a transferência para o HSJ. Por sua vez, a análise das diferenças entre frequência observada e frequência esperada parecem indicar que o grupo de utentes com expectativas prévias de nível 3, apresentam tendência para percepcionar um tempo de duração da consulta mais curto. De uma outra perspectiva pode dizer-se que tantos os utentes que percepcionaram uma maior duração da consulta como aqueles que percepcionaram uma menor duração da consulta tendem a seleccionar o nível 3 em relação às suas expectativas prévias. Por sua vez, os utentes que não percepcionaram qualquer alteração a este nível tendem a seleccionar o nível 4 quando se referem às expectativas prévias à última consulta de MI no HSJ. Estas diferenças, do ponto de vista estatístico, vêm a sua significância indiciada pelo valor de  $p=0,03$  obtido após aplicação do teste exacto de Fisher, por sua vez usado pela ausência de pressupostos para o teste de Qui-Quadrado para Independência (Tabela 11B, Anexo XII).

Por fim, quanto ao cruzamento com a variável situação profissional, da análise dos resultados pode-se aferir que tanto os empregados como os desempregados assumem tendencialmente não terem observado alterações no tempo da consulta. Já no grupo dos reformados, apesar da concordância com os grupos anteriores, há uma parcela deste grupo a referir que o tempo de duração da consulta se tornou mais curto. Quanto aos estudantes parecem percepcionar um tempo de duração da consulta mais curto após o encerramento do HD, enquanto todos os domésticos negam qualquer alteração na duração da consulta. Mais uma vez, estas diferenças estatísticas são também grandemente sugeridas por um valor de  $p=0,028$  quando usado o teste exacto de Fisher (Tabela 12B, Anexo XII).

Questionada a opinião dos utentes quanto a alterações na qualidade global do serviço prestado na consulta de MI no HSJ, comparativamente às anteriores experiências no mesmo

serviço mas no HD, os dados recolhidos sugerem uma larga maioria (60%) de utentes que reportam terem percepcionado alterações para pior. Observa-se, ainda assim, uma quantidade de respostas (cerca de 34%) a não referirem alterações a este nível e uma menor percentagem de utentes (6%) a assumir terem notado melhorias na qualidade global do serviço após o encerramento do HD (Gráfico 8).

**Gráfico 8** – Percepção do grupo I (HD) acerca de alterações na qualidade global da consulta após o encerramento do HD.



Fonte: SPSS 17

Relativamente ao cruzamento com as variáveis de Acesso Potencial são detectadas diferenças estatisticamente significativas a nível do estado de saúde percebido, das expectativas sobre a qualidade geral antes da última consulta e da situação profissional.

Quando realizado o cruzamento com cada uma das variáveis de Acesso Realizado, observam-se diferenças estatisticamente significativas com as que de seguida serão pormenorizadamente descritas. A saber: número de consultas de MI realizadas em 2008 no HSJ, número de consultas não comparecidas em 2008, cumprimento das expectativas em relação à última consulta da MI no HSJ; qualidade global percepcionada; satisfação global com a experiência na consulta externa de MI no HSJ; lealdade e, finalmente, a probabilidade de recomendar o serviço de consulta externa de MI a familiares e amigos.

No que à primeira variável diz respeito, apura-se através da análise das diferenças entre a frequência observada e frequência esperada que os utentes com estado de saúde percebido “Bom” consideram tendencialmente que as alterações significaram uma melhoria na qualidade global do serviço de MI do HSJ. Pelo contrário, utentes cujo estado de saúde consideram “Razoável” e “Muito Mau” percepcionam tendencialmente que as mudanças introduzidas se traduziram num pior serviço prestado. Dos utentes que negam ter sentido alterações na qualidade global da consulta, observa-se o predomínio da condição de saúde



referido como “Muito Bom” e “Mau”. A significância estatística destas diferenças é sugerida por um valor de  $p < 0,001$ , obtido pela simulação de Monte Carlo, com nível de confiança de 95% (Tabela 13B, Anexo XII).

Em relação ao cruzamento com a variável expectativa sobre a qualidade geral antes da última consulta, tem-se que os respondentes que consideraram terem as alterações introduzidas resultado num pior serviço prestado, evidenciam valores mais baixos de expectativa sobre a qualidade, valores entre os 2 e os 3. Por sua vez, é entre o grupo de utentes que não perceberam qualquer alteração em termos de qualidade global do serviço que se obtiveram os resultados que indicam os graus de expectativa mais altos (4 e 5). No conjunto das pessoas que apontam as mudanças como benéficas em termos de qualidade, o nível de expectativa é igualmente alto, mais concretamente 4. Há neste cruzamento de variáveis, diferenças positivas entre a frequência observada e esperada muito consideráveis, verificadas nos vários níveis de expectativa sobre a qualidade global percebida. De realçar a significância estatística destas diferenças, fortemente sugerida por um valor de  $p < 0,001$  quando aplicado o teste exacto de Fisher (Tabela 14B, Anexo XII).

Da análise do cruzamento com a variável situação profissional, tem-se que as categorias empregado, desempregado e doméstico tendem a assumir que as medidas introduzidas degeneraram numa perda de qualidade do serviço, tornando-o pior. Que o serviço de consultas de MI tenha beneficiado, em termos de qualidade, com as alterações introduzidas, obtiveram-se diferenças entre frequência obtida e esperada tanto no grupo dos reformados como no grupo dos estudantes. Ainda na categoria “reformado” é detectada uma frequência observada maior que a esperada no que diz respeito à percepção de nenhuma alteração a nível da qualidade global do serviço após a transferência de serviços. O valor de  $p = 0,028$  resultante do teste exacto de Fisher é sugestivo de que as diferenças identificadas são dotadas de significância estatística (Tabela 15B, Anexo XII).

Relativamente ao cruzamento com a variável número de consultas de MI realizadas no HSJ em 2008, não seria de estranhar se o grupo que percebeu uma diminuição da qualidade global realizasse menos consultas que o grupo que não detectou alterações ou que o grupo que reporta um aumento da qualidade global após a transferência para o HSJ.

A estatística descritiva, indica que o grupo que sentiu que a qualidade global do serviço prestado na consulta de MI sofreu melhorias com a transferência da mesma para o

---

HSJ realizou em Média 2,69 consultas com uma dispersão dos valores reflectida num Desvio Padrão de 1,44 consultas.

Contrariamente ao que seria de esperar, o grupo que refere sentir que a qualidade global do serviço prestado na consulta de MI piorou com a referida transferência, apresenta uma Média de 3,26 consultas realizadas, valor em torno do qual se dispersam os dados gerando um Desvio Padrão de 1,82 consultas.

Quanto ao grupo que diz não ter sentido qualquer alteração a nível da qualidade global do serviço prestado na consulta, a variabilidade dos valores reflecte-se num Desvio Padrão de 1,75 consultas, tendo como referência uma Média que assume o valor mais alto comparativamente aos outros grupos: 3,71 consultas.

Ao realizar-se o teste de Kruskal-Wallis (uma vez que os pressupostos de normalidade da distribuição e homogeneidade de variâncias para a realização do ANOVA *one-way* não se verificam) surge um  $p=0,044$  sugestivo de que em pelo menos dois grupos as diferenças entre as médias do número de consultas marcadas de MI no HSJ a que o utente não compareceu em 2008 é significativamente diferente.

Quanto ao cruzamento com a variável número de consultas de MI marcadas no HSJ a que o utente não compareceu em 2008, mais uma vez poderia pensar-se que o grupo mais absentista seria aquele que reporta uma degenerescência da qualidade global após a mudança de hospital. A análise das medidas de localização central e de dispersão parece indicar o que se espera. Na verdade, observa-se que o grupo que sentiu que a qualidade global do serviço prestado na consulta de MI sofreu melhorias com a transferência da mesma para o HSJ faltou em Média apenas a 0,08 consultas. A dispersão dos valores reflecte-se num Desvio Padrão de 0,28 consultas.

O grupo que refere sentir que a qualidade global do serviço prestado na consulta de MI piorou com a referida transferência, apresenta uma Média, já superior, de 0,54 consultas, valor em torno do qual se dispersam os dados gerando um Desvio Padrão de 0,76 consultas.

Quanto ao grupo que diz não ter sentido qualquer alteração a nível da qualidade global do serviço prestado na consulta, a variabilidade dos valores reflecte-se num Desvio Padrão de 0,49 consultas, tendo como referência uma Média de 0,25 consultas.

Ao realizar-se o teste de Kruskal-Wallis (uma vez que os pressupostos de normalidade da distribuição e homogeneidade de variâncias para a realização do ANOVA *one-way* não se verificam) surge um  $p=0,006$  sugestivo de que em pelo menos dois grupos as diferenças entre

---

as médias do número de consultas marcadas de MI no HSJ a que o utente não compareceu em 2008 é significativamente diferente.

Quanto aos resultados do cruzamento com a variável cumprimento das expectativas em relação à última consulta de MI, a análise dos dados, tal como seria de esperar, aponta no sentido de ser o grupo de pessoas que afirmam ter-se perdido qualidade com as alterações introduzidas aquele cujo cumprimento das expectativas é mais baixo, assinalado pela pontuação 1 e 2. Relativamente aos elementos que assumem terem notado melhorias e aos que não perceberam alterações na qualidade global, a mesma análise leva a crer que ambos os grupos evidenciaram níveis de cumprimento de expectativas semelhantes, os níveis 3 e 4. Ainda assim, a diferença entre frequência observada e esperada é sensivelmente mais elevada no nível de cumprimento de expectativas que se iguala a 4.

Note-se a significância estatística destas diferenças, fortemente sugerida por um valor de  $p=0,001$  (teste exacto de Fisher) (Tabela 16B, Anexo10).

Quando o cruzamento é efectuado com a variável de acesso realizado “Qualidade Global Percepcionada” os resultados sugeridos estão de acordo com o que seria de esperar: quem considerou que o serviço ficou pior depois do encerramento do HD deu baixos valores de qualidade percebida e, no oposto, obtiveram-se os mais altos níveis atribuídos à qualidade entre as pessoas que afirmaram terem as alterações na consulta resultado numa melhoria do serviço prestado. Assim, para a categoria “sim, mudou para pior” tem-se tendencialmente os níveis 2 e 3, e para a categoria “sim, mudou para melhor” os níveis que se observam são o 4 e o 5. Uma diferença positiva entre a frequência obtida e esperada, observa-se entre os elementos que negam terem notado diferenças na qualidade global do serviço após as mudanças introduzidas pelo encerramento do HD, cuja tendência aponta para um elevado grau (nível 4) de qualidade percebida. Diferenças estatísticas estas cuja significância é fortemente indiciada pelo valor de  $p$  obtido no teste exacto de Fisher, valor de 0,000 (Tabela 17B, Anexo XII).

A variável “satisfação global com a experiência na Consulta Externa do HSJ” mostra um comportamento bastante similar ao demonstrado pela variável do parágrafo anterior, sendo também aqui a significância das diferenças estatísticas sugerida por um valor de  $p$  rigorosamente igual ( $p<0,001$ ) quando aplicado o mesmo teste, o teste exacto de Fisher. Efectivamente, são as pessoas que assumem uma diminuição na qualidade global do serviço

---

de consultas de MI que mostram níveis de satisfação mais baixos (2 e 3), ao passo que nos níveis de satisfação mais elevados (níveis 4 e 5) se enquadram principalmente os elementos para quem as alterações introduzidas não acarretaram qualquer alteração de qualidade e os que referem mesmo terem percepcionado melhorias na qualidade global do serviço de consulta externa aquando da transferência para o HSJ por contingência do encerramento do HD (Tabela 18B, Anexo XII).

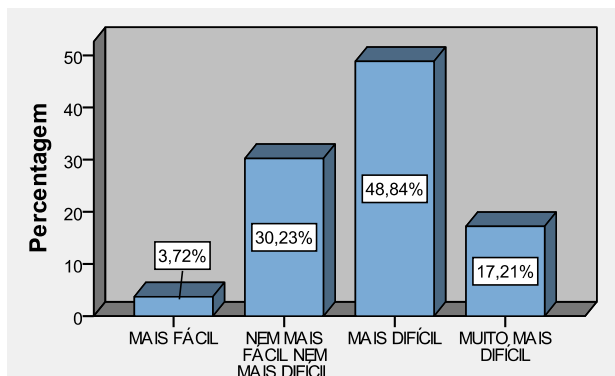
Também a variável “Lealdade” evidencia um comportamento em tudo similar às supra-citadas. Perante a eventualidade de poderem mudar de instituição, de modo a usufruírem de um serviço de consulta externa de MI diferente, as pessoas que referiram as alterações introduzidas como causadoras de um serviço pior, tendem a apontar para os mais baixos níveis de lealdade (1, 2 e 3), contrariamente àqueles para quem o serviço beneficiou com as alterações, bem como para os que não sentiram diferenças após a mudança, sendo que para estes dois grupos a tendência é manifestamente para assumirem que dificilmente trocariam de hospital (níveis de lealdade 4 e 5). Igualmente identificadas substanciais diferenças entre frequências obtidas e esperadas e, de novo, o mesmo valor de  $p < 0,001$ , desta vez usando a simulação de Monte Carlo com um nível de confiança de 95%, conducente à significância estatísticas das referidas diferenças (Tabela 19B, Anexo XII).

A análise dos resultados do cruzamento com a variável “Recomendação” segue na mesma linha das anteriores. A probabilidade dos utentes recomendarem o serviço de consulta externa de MI do HSJ a familiares e amigos é maior entre os elementos que percepcionaram melhorias na qualidade do serviço prestado. Neste grupo, e também entre os que negam terem sentido alterações na qualidade, a análise estatística dos dados parece mostrar uma tendência para níveis de recomendação elevados (4 e 5). Já no caso dos utentes englobados na categoria de resposta “sim, mudou para pior”, a mesma análise sugere a inclinação das pessoas para mais baixos níveis de recomendação (1, 2 e 3), sendo aceitável pressupor que a probabilidade de recomendarem o referido serviço a familiares e amigos é baixa. As diferenças encontradas vêm a sua significância estatística, mais uma vez, fortemente sugerida por um valor de  $p < 0,001$ , também aqui obtido através da simulação de Monte Carlo, com nível de confiança de 95% (Tabela 20B, Anexo XII).

Outro dos efeitos do encerramento do HD é a maior ou menor facilidade com que se obtém uma consulta de MI. Na verdade, a análise dos dados aponta no sentido de maiores

dificuldades na obtenção de uma consulta de MI após o encerramento do HD. 48,84% dos inquiridos afirmam ter-se tornado “Mais difícil” e uma parcela significativa das respostas, concretamente 17,21%, encontra-se mesmo na categoria “Muito mais difícil”. Ainda assim, 30,23% dos respondentes não percepcionaram qualquer alteração em termos de dificuldade e uma percentagem mínima (3,72%) dos inquiridos no estudo assume ter-se tornado mais fácil a obtenção da consulta após o encerramento do HD (Gráfico 9). Visto esta ser uma escala de Likert, é calculada a Média que toma o valor de 3,80 correspondente a uma posição próxima da categoria “mais difícil” e a Mediana correspondente ao valor de 4 (categoria “mais difícil”). Note-se que nenhum respondente seleccionou a categoria “muito mais fácil” correspondente à posição 1 da escala. A dispersão de valores é traduzida por um Desvio Padrão de 0,76. Mais se adianta que 25% dos elementos (1º Quartil) se situa até ao terceiro grau de dificuldade, inclusive (“nem mais fácil, nem mais difícil”), 50% dos elementos (2º Quartil) situa-se até à posição 4 (“mais difícil”) e outros 25% situam-se acima da posição 4 (na posição 5, portanto, correspondente à categoria “muito mais difícil”).

**Gráfico 9** – Percepção do grupo I (HD) acerca de alterações na facilidade em obter uma consulta de MI após o encerramento do HD.



Fonte: SPSS 17

Do cruzamento com a variável “facilidade em obter uma consulta de MI” com todas as variáveis de Acesso Potencial, descobrem-se diferenças estatisticamente significativas com as seguintes: expectativa sobre a qualidade geral antes da última consulta, idade, escolaridade, situação profissional e elementos do agregado familiar menores de idade. Relativamente à dimensão de Acesso Realizado surge o número de consultas de MI marcadas em 2008 às quais o utente não compareceu, o cumprimento das expectativas em relação à última consulta da MI no HSJ, a qualidade global percepcionada, a satisfação global com a experiência na Consulta Externa de MI do HSJ, a lealdade e finalmente a probabilidade de recomendar o serviço de Consulta Externa a familiares e amigos.

Em relação ao cruzamento com a variável expectativa sobre a qualidade geral antes da última consulta, tem-se que os respondentes que consideraram ter-se tornado mais difícil e muito mais difícil a obtenção de consulta, evidenciam valores mais baixos de expectativas prévias, valores entre os 2 e os 3. Contrariamente, é entre o grupo de utentes que não perceberam qualquer alteração em termos de dificuldade na obtenção de consultas que se obtiveram os resultados que indicam os graus de expectativas mais altos (4 e 5). A confirmá-lo estão as diferenças positivas entre a frequência observada e esperada, verificadas nestes níveis e sobretudo no grau 4, com um valor residual de 3. Por sua vez, o grupo de utentes que percebe a ser mais fácil a obtenção da consulta parece inclinar-se a seleccionar o nível 3 de expectativas prévias à última consulta (Tabela 21B, Anexo XII). Note-se a significância estatística destes dados fortemente sugerida por um valor de  $p < 0,001$  (teste exacto de Fisher).

A variável Idade é outro exemplo onde se encontram diferenças estatísticas significativas, também estas corroboradas pelo valor de  $p = 0,003$  quando aplicado o teste exacto de Fisher. Nas faixas etárias mais elevadas [65-99] observam-se as diferenças entre a frequência obtida e a frequência esperada mais positivas, sobretudo dentro do grupo de respostas que assumem ter-se tornado muito mais difícil a obtenção de consultas de MI. A classe de idades entre os [25-45], mais jovem portanto, afirma quase em exclusivo que se tornou mais difícil obter a consulta, criando um resíduo estatístico que contribuiu para dependência das variáveis neste cruzamento. Na classe de idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos, a diferença estatística mais significativa é entre os respondentes para os quais não se tornou nem mais fácil nem mais difícil a obtenção de consulta de MI após o encerramento do HD, situação também observada entre os utentes com idade inferior a 25 anos. Por outro lado, de todos os elementos que reportam uma maior facilidade na obtenção da consulta, a presença mais marcada pertence também à faixa etária dos [65-99] anos (Tabela 22B, Anexo XII).

Considerando agora a variável do grau de escolaridade (sem esquecer que os níveis mais baixos estão frequentemente associados a escalões etários mais elevados), contrariamente ao que seria de esperar, os resultados do estudo parecem sugerir que as pessoas que só sabem ler e escrever percebem agora maior facilidade na obtenção de consultas e, no sentido oposto, os utentes com graus académicos mais elevados, os que possuem um curso superior, afirmam terem notado dificuldades acrescidas para obter a

consulta. Em dois graus de escolaridade relativamente distantes entre si, especificamente as pessoas com o 12º ano (antigo 7º) e os utentes com o primeiro ciclo, a análise dos valores residuais parece apontar no sentido dos respondentes percepcionarem agora uma muito maior dificuldade para obter uma consulta de MI após o encerramento do HD. Por fim, obtiveram-se resultados, a partir do cruzamento das variáveis já referidas, que sugerem que os elementos com o ciclo preparatório, com o 5º ano e os que não sabem ler nem escrever como aqueles para quem o encerramento do HD não acarretou qualquer alteração em questões de dificuldade na obtenção de consultas de MI. Mais uma vez, a significância estatística destas diferenças é corroborada por um valor de  $p=0,011$ , valor obtido através da simulação de Monte Carlo com nível de confiança de 95% (Tabela 23B, Anexo XII).

Passando à análise cruzada da situação profissional dos inquiridos relativamente à dificuldade em obter uma consulta de MI, apura-se que tanto os elementos empregados como os desempregados mostram uma tendência para referir como mais difícil a obtenção dessa consulta. As pessoas da categoria “doméstico” e os reformados (pertencentes a faixas etárias superiores, portanto) vão no sentido de se ter tornado muito mais difícil e apenas os estudantes assumem não terem percepcionado alterações em termos de dificuldade para obter uma consulta de MI, após o encerramento do HD. É neste grupo, os estudantes, que se observa a maior diferença positiva entre a frequência obtida e esperada, resultante num valor de resíduo que, concomitantemente com um valor  $p<0,001$  pelo teste exacto de Fisher, é fortemente sugestivo da significância estatística destas diferenças (Tabela 24B, Anexo XII).

Quando o cruzamento é feito com a variável número de menores de idade que constituem o agregado familiar, dá-se conta que o grupo que sentiu que a obtenção de uma consulta de MI se tornou mais fácil com a transferência para o HSJ tem em Média 0,62 menores com quem partilha a mesma casa, sendo a dispersão dos valores reflectida num Desvio Padrão de 0,52 menores.

O grupo que refere não ser nem mais fácil nem mais difícil obter uma consulta de MI com a referida transferência apresenta uma Média de 0,29 menores, valor em torno do qual se dispersam os dados gerando um Desvio Padrão de 0,55 menores.

Quanto ao grupo que diz sentir que é mais difícil obter uma consulta de MI após a transferência de serviços, a variabilidade dos valores volta a ser maior, reflectindo-se num Desvio Padrão de 0,90 menores, tendo como referência uma Média de 0,62 menores.



---

O grupo que sente ser muito mais difícil obter uma consulta de MI, por sua vez, apresenta uma Média de 0,27 menores com Desvio Padrão de 0,61 menores. Ao realizar-se o teste de Kruskal-Wallis (uma vez que os pressupostos de normalidade da distribuição e homogeneidade de variâncias para a realização do ANOVA *one-way* não se verificam) surge um  $p=0,021$  sugestivo de que em pelo menos dois grupos as diferenças entre as médias do número de menores de idade é significativamente diferente.

A análise dos dados, porém, apesar de evidenciar diferenças significativas entre os grupos, não revela uma razão concertada do número de crianças no agregado familiar, directa ou inversamente proporcional, com a evolução do grau de dificuldade emergente da transferência de um hospital para outro. Na verdade, assiste-se a um decréscimo da Média do número de menores de idade de 0,62 para 0,29 do grupo que considera mais fácil para o grupo que não detectou diferenças no grau de facilidade, observando-se de seguida um acréscimo para uma Média de 0,62 para os utentes que consideram ser agora mais difícil obter uma consulta de MI. Após este acréscimo volta a verificar-se uma descida para uma Média de 0,27 associada ao grupo que considera ser muito mais difícil obter uma consulta de MI após o encerramento do HD.

Quando o cruzamento é feito com a variável número de consultas marcadas de MI no HSJ a que o utente não compareceu em 2008, dá-se conta que o grupo que sentiu que se tornou mais fácil a obtenção da consulta de MI com a transferência da mesma para o HSJ faltou em Média a 0,62 consultas, reflectindo-se a dispersão dos valores num Desvio Padrão de 0,92 consultas. O grupo que refere sentir que não se tornou nem mais fácil nem mais difícil a obtenção de uma consulta de MI com a referida transferência, apresenta uma Média de 0,18 consultas, valor em torno do qual se dispersam os dados gerando um Desvio Padrão de 0,46 consultas.

Quanto ao grupo que diz sentir que se tornou mais difícil, a variabilidade dos valores volta a ser maior, reflectindo-se num Desvio Padrão de 0,73 consultas, tendo como referência uma Média de 0,44 consultas.

O grupo que sente que após o encerramento do HD se tornou muito mais difícil obter uma consulta de MI apresenta uma Média de 0,68 consultas com Desvio Padrão de 0,67 consultas.

Ao realizar-se o teste de Kruskal-Wallis (uma vez que os pressupostos de normalidade da distribuição e homogeneidade de variâncias para a realização do ANOVA *one-way* não se verificam) surge um  $p=0,001$  sugestivo de que em pelo menos dois grupos as diferenças entre



as médias do número de consultas marcadas de MI no HSJ a que o utente não compareceu em 2008 é significativamente diferente.

Note-se que, tal como seria de esperar, assiste-se a uma evolução directamente proporcional do número de consultas não comparecidas de acordo com a evolução do grau de dificuldade em obter a consulta nas novas circunstâncias. Exceptua-se a Média estranhamente alta (0,62 consultas não comparecidas) do grupo de pessoas que assume ter-se tornado mais fácil a obtenção da consulta. No entanto, há que ter em consideração que esse grupo é extremamente restrito (3,72%) e que a Média, enquanto medida de localização é extremamente sensível a dados extremos.

No que respeita ao cumprimento das expectativas em relação à última consulta de MI (de lembrar que o nível 1 corresponde a um cumprimento das expectativas muito menor que o esperado e o 5 a um cumprimento das expectativas muito maior que o esperado), os dados recolhidos são indicativos que as pessoas que consideram ser agora mais difícil e muito mais difícil obter uma consulta, assumem os mais baixos graus de cumprimento dessas expectativas, grau 2 e 1, respectivamente. No sentido inverso, o nível de expectativa mais elevado (nível 4) é a resposta tendencial dos utentes que percebem uma maior facilidade na obtenção da consulta, sendo o mesmo igualmente válido para as pessoas que afirmam não terem sentido qualquer alteração em termos de dificuldade. À semelhança dos cruzamentos com as variáveis “alteração do tempo de espera antes da consulta” e “alteração da qualidade global”, os utentes que assumem níveis mais baixos de cumprimento das expectativas correspondem àqueles cujas expectativas prévias eram também menores. Como no exemplo anterior, também neste cruzamento de variáveis a importância das diferenças estatísticas é grandemente sugerida por um valor de  $p < 0,001$  quando usado o teste exacto de Fisher (Tabela 25B, Anexo XII).

A variável de acesso realizado Qualidade Global Percebida, tal como era esperado, mostra um comportamento em tudo similar ao demonstrado pela variável do parágrafo anterior, sendo também neste caso a significância estatística indicada por um valor de  $p$  rigorosamente igual quando aplicado o mesmo teste, o teste exacto de Fisher ( $p < 0,001$ ). Efectivamente, e usando a numeração no sentido crescente, as pessoas que afirmam ser “muito mais difícil” obter uma consulta de MI após o encerramento do HD mostram níveis de percepção de qualidade 2, o mais baixo; para as respostas “mais difícil” o nível de qualidade evidenciado é 3; à categoria “nem mais fácil nem mais difícil” corresponde o nível 4 e por fim

o nível de qualidade mais elevado, o 5, para os utentes que consideram ter-se tornado mais fácil a obtenção de uma consulta de MI (Tabela 26B, Anexo XII).

Segue-se a variável que visa avaliar o grau de satisfação global com a experiência na consulta de MI no HSJ, e de novo se detecta uma relação semelhante à observada nos 2 cruzamentos de variáveis anteriores. Em suma, o nível de satisfação global aumenta um nível (início em 2 e 5 como valor mais elevado) à medida que diminui a dificuldade percebida na obtenção de consulta, representada pela sequência de categorias do estudo “muito mais difícil”, “mais difícil”, “nem mais fácil nem mais difícil” e “mais fácil”. Naturalmente, é também neste caso obtido um valor de  $p < 0,001$  (teste exacto de Fisher), fortemente indicador da significância estatística destas diferenças (Tabela 27B, Anexo XII).

Também a variável Lealdade evidencia um comportamento bastante semelhante às acima mencionadas. Pretendia conhecer-se a intenção do inquiridos em continuar a realizar as consultas de MI no HSJ, mediante a possibilidade de mudar para outra instituição, após terem sentido uma maior ou menor dificuldade na obtenção da referida consulta. As respostas dos utentes indicam uma correspondência semelhante à enumerada no parágrafo anterior, ou seja, quem sente ter-se tornado mais difícil obter a consulta mostra fraca intenção de continuar (caso pudesse mudar, obviamente) e, pelo contrário, quem beneficiou com uma maior facilidade de acesso à consulta mostra níveis de lealdade máximos (níveis 4 e 5 – escala numérica de 1 até 5). Igualmente identificadas enormes diferenças entre frequências obtidas e esperadas e, de novo, o mesmo valor de  $p < 0,001$ , desta vez atingido pela simulação de Monte Carlo com um nível de confiança de 95%, conducente à significância estatísticas das referidas diferenças (Tabela 28B, Anexo XII).

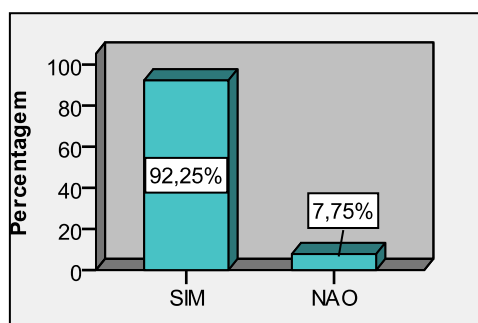
A análise dos resultados do cruzamento com a variável Recomendação segue a mesma linha das anteriores. A probabilidade dos utentes recomendarem o serviço de consulta externa de MI do HSJ a familiares e amigos é maior quanto menor é o grau de dificuldade experienciada pelos utentes na obtenção de uma consulta. Mais em concreto, pessoas que referem ter-se tornado “muito mais difícil” e “mais difícil”, tendem a demonstrar níveis baixos de recomendação (2 e 3), ao contrário do que se observa nos respondentes que não mencionam alterações na dificuldade e dos que assumem mesmo ser agora mais fácil a obtenção da consulta, que tendencialmente apontam para os níveis mais altos (4 e 5) de probabilidade de vir a recomendar a amigos e familiares o serviço prestado na consulta de MI

do HSJ. De novo, a significância estatística destas diferenças é fortemente sugerida por um valor de  $p < 0,001$ , valor obtido através da simulação de Monte Carlo com nível de confiança de 95% (Tabela 29B, Anexo XII).

Relativamente às razões apontadas pelos utentes do grupo I (HD) que consideram que, após o encerramento é mais difícil ou muito mais difícil obter uma consulta de MI, destacam-se:

- O tempo de espera mais longo para ser atendido imediatamente antes da consulta, razão apontada por 92,25% dos utentes (Gráfico 10).

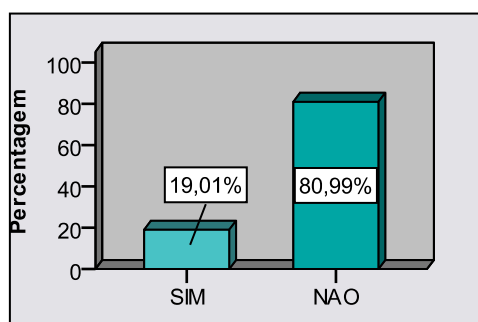
**Gráfico 10** – Tempo de espera mais longo para ser atendido imediatamente antes da consulta como razão para ser mais difícil obter uma consulta após o encerramento do HD.



Fonte: SPSS 17

- Os gastos totais da realização de uma consulta de MI mais avultados, razão apontada por 19,01% dos utentes (Gráfico 11).

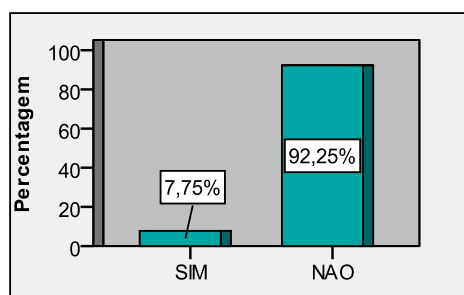
**Gráfico 11** – Gastos totais mais avultados como razão para ser mais difícil obter uma consulta após o encerramento do HD.



Fonte: SPSS 17

- A falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até às instalações do serviço de consulta externa de MI do HSJ, razão apontada por 7,75 % dos utentes (Gráfico 12).

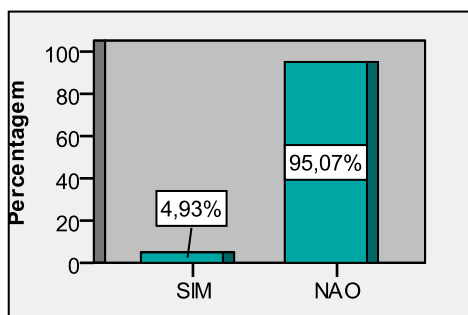
**Gráfico 12** – Falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até às instalações da consulta como razão para ser mais difícil obter uma consulta após o encerramento do HD.



Fonte: SPSS 17

- A falta de conhecimentos no que respeita à deslocação do domicílio ao HSJ, razão apontada por 4,93 % dos utentes (Gráfico 13).

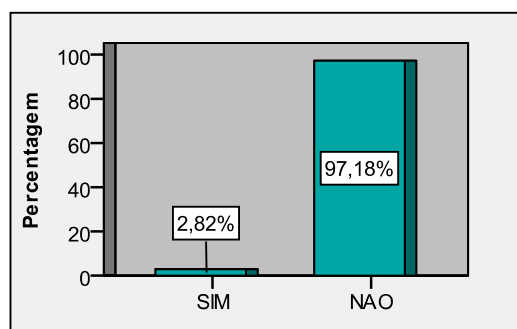
**Gráfico 13** – Falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até ao HSJ como razão para ser mais difícil obter uma consulta após o encerramento do HD.



Fonte: SPSS 17

- Incompatibilidade com o horário de funcionamento da consulta, razão apontada por 2,82 % dos utentes (Gráfico 14).

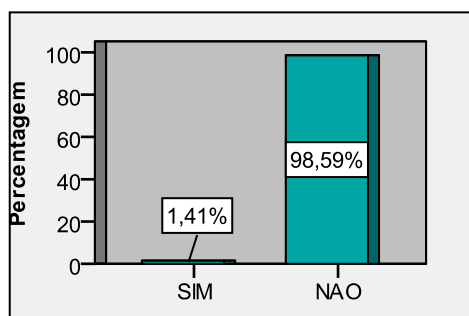
**Gráfico 14** – Incompatibilidade com o horário de funcionamento da consulta como razão para ser mais difícil obter uma consulta após o encerramento do HD.



Fonte: SPSS 17

- Tempo de espera mais longo entre a saída da consulta e a saída do HSJ, razão apontada por 1,41% dos utentes (Gráfico 15).

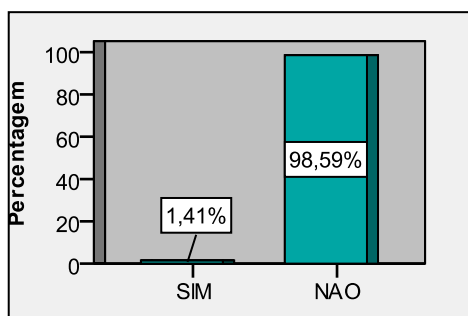
**Gráfico 15** – Tempo de espera mais longo entre a saída da consulta e a saída do HSJ como razão para ser mais difícil obter uma consulta após o encerramento do HD.



Fonte: SPSS 17

- Falta de conhecimentos no que respeita à marcação de uma consulta de MI no HSJ, razão apontada, à semelhança da anterior, por 1,41% dos utentes (Gráfico 16).

**Gráfico 16** – Falta de conhecimentos no que respeita à marcação da consulta como razão para ser mais difícil obter uma consulta após o encerramento do HD.



Fonte: SPSS 17

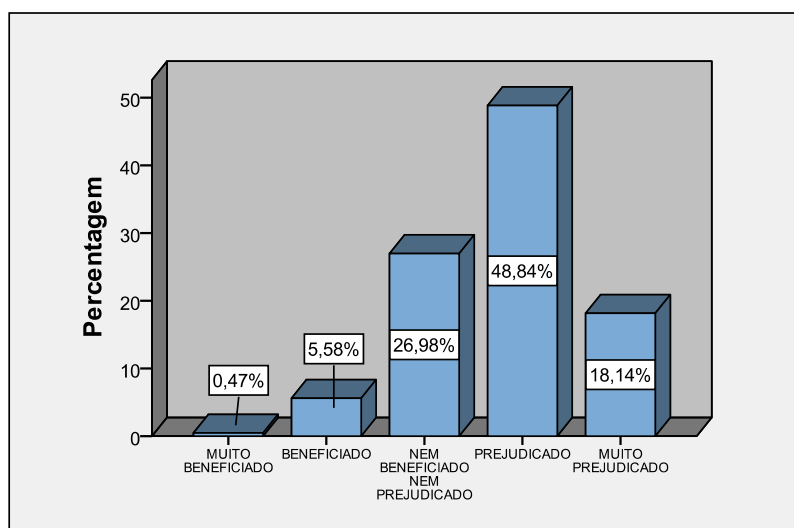
No espaço dedicado à identificação de outras razões para que seja mais difícil obter uma consulta de MI após o encerramento do HD destacam-se a menor acessibilidade física do HSJ devido ao declive da rampa de acesso, indicada por seis elementos, a maior concentração de pessoas nos corredores, indicada por dois elementos, e o ambiente menos familiar indicado por um elemento.

Relativamente ao sentimento de prejuízo ou benefício inerente ao encerramento do HD, como pode ser visualizado no Gráfico 17, 48,84% dos antigos utentes desta instituição que passaram a realizar a sua consulta no HSJ assumem sentirem-se prejudicados e 18,14% muito prejudicados. A esta opinião contrapõem-se 26,98% que afirmam não terem sentido qualquer prejuízo ou benefício e 5,58% que admitem ter sido beneficiados com esta transferência de serviços. Apenas 0,47% refere ter-se sentido muito beneficiada com esta mudança no hospital de referência. Visto esta ser uma escala de Likert, são calculadas

medidas de localização que acabam por tomar valores muito semelhantes aos apurados na variável relativa à percepção de alterações na facilidade em obter uma consulta de MI após o encerramento do HD.

Aqui surge uma Média que toma o valor de 3,80 correspondente a uma posição próxima da categoria “prejudicado” e a Mediana correspondente ao valor de 4 (categoria “prejudicado”). Note-se que apenas um respondente seleccionou a categoria “muito beneficiado” correspondente à posição 1 da escala. A dispersão de valores é traduzida por um Desvio Padrão de 0,82. Mais se adianta que 25% dos elementos (1º Quartil) se situa até à posição neutra, inclusive (“nem beneficiado, nem prejudicado”), 50% dos elementos (2º Quartil) situa-se até à posição 4 (“prejudicado”) e outros 25% situam-se acima da posição 4 (na posição 5, portanto, correspondente à categoria “muito prejudicado”).

**Gráfico 17** – Percepção do grupo I (HD) acerca do benefício /prejuízo após o encerramento do HD.



Fonte: SPSS 17

Quando testada a independência dos cinco atributos da variável benefício/prejuízo nas k populações que surgem das categorias das variáveis de Acesso Potencial, são sugeridas diferenças estatisticamente significativas a nível do estado de saúde percebido, das expectativas prévias à consulta, do estado civil, da escolaridade e do número de elementos menores de idade que constituem o agregado familiar.

Quanto ao cruzamento com a variável estado de saúde percebido, a análise das discrepâncias entre a frequência esperada e a frequência observada de cada célula (Tabela 30B, Anexo XII) parece indicar que os utentes que assinalaram o seu estado de saúde numa

das categorias extremas, ou seja, “muito mau” e “muito bom” tendem a sentir-se, no primeiro caso, muito beneficiado e muito prejudicado e, no segundo caso, apenas muito prejudicado, também estas, categorias extremas da variável benefício/prejuízo.

Os utentes que consideram o seu estado de saúde como “bom” e como “mau” parecem tender a negar qualquer benefício ou prejuízo ou mesmo a sentir-se beneficiados com a transferência para o HSJ. Por sua vez, a fatia de utentes, e por sinal a maior, que considera o seu estado de saúde como razoável, tende a posicionar-se nas categorias prejudicado e muito prejudicado em relação à realização da consulta de MI no HSJ após o encerramento do HD. A confirmar a significância estatística das diferenças de proporções está o valor de  $p=0,032$  obtido através da simulação de Monte Carlo devido à falta de cumprimento dos pressupostos do teste de Qui-Quadrado e à insuficiente memória do equipamento utilizado para a realização do teste exacto de Fisher.

Relativamente às expectativas prévias à última consulta parece verificar-se que, tal como é esperado, os utentes que se sentem prejudicados e muito prejudicados tendem, no primeiro caso a assumir níveis de expectativas prévias de 3 e, no segundo caso, de 2 e 3. De relembra que o nível 1 corresponde a expectativas muito baixas e o 5 a expectativas muito altas. Os utentes que negam qualquer prejuízo ou benefício tendem a situar as suas expectativas prévias nos níveis 4 e 5 enquanto aqueles que se dizem beneficiados com a transferência de serviços tendem a seleccionar o 4 como nível de expectativas prévias. O único elemento que refere sentir-se muito beneficiado posicionou as suas expectativas no nível 3. Quando realizado o teste exacto de Fisher é confirmada a significância estatística das diferenças apontadas através de um  $p<0,001$  (Tabela 31B, Anexo XII).

Quanto ao cruzamento com a variável estado civil, através da diferença entre a frequência esperada e observada, parece verificar-se que os solteiros, assim, como os separados de facto, os casados, e os unidos de facto tendem a assumir que foram prejudicados com o encerramento do HD. Confirmam-no as diferenças positivas entre a frequência observada e esperada nas referidas categorias. Recorde-se que foram precisamente estas categorias que assinalaram um aumento do tempo de espera antes de realizarem a consulta após o encerramento do HD. Quanto aos divorciados, a mesma análise indica que a categoria “beneficiado” é uma das mais influentes para a dependência das variáveis, na qual se incluem mais indivíduos do que os que são esperados. Note-se que o único indivíduo que referiu sentir-se muito beneficiado é também divorciado e que foi este o estado civil que reportou

uma maior tendência para assinalar uma diminuição do tempo de espera prévio à consulta. Quanto aos elementos cujo estado civil é viúvo, frequentemente associado a escalões etários superiores, tendem a assumir que se sentiram muito prejudicados com a transferência da consulta para o HSJ. Mais uma vez, a significância estatística das diferenças é corroborada pela simulação de Monte Carlo ( $p = 0,042$ ) dada a insuficiente memória para realizar o teste exacto de Fisher (Tabela 32B, Anexo10).

O cruzamento com a variável escolaridade parece revelar que tanto os utentes que têm o primeiro ciclo como os que têm o antigo 7º ano/12ºano como os que têm um curso médio/bacharelato contribuem, com a sua resposta, para que a categoria “muito prejudicado” possua diferenças positivas entre a frequência observada e a frequência esperada. Através da mesma análise parece verificar-se que os utentes analfabetos tendem a sentir-se beneficiados com a transferência de serviços assim como os que não tendo nenhuma qualificação académica mas que sabem ler e escrever que, para além de tenderem a sentir-se beneficiados, apresentam também uma diferença positiva entre a frequência observada e esperada na categoria “nem beneficiado nem prejudicado”.

Os utentes que afirmam ter o ciclo preparatório (6ºano) completo bem como os utentes que terminaram o antigo 5º ano/9ºano parecem posicionar-se tendencialmente na categoria “nem beneficiado nem prejudicado”. Por último, os utentes licenciados apresentam diferenças positivas entre a frequência observada e a frequência esperada a nível das categorias “muito beneficiado” e “prejudicado”.

A simulação de Monte Carlo, realizada na impossibilidade do teste exacto de Fisher por memória insuficiente, revela um  $p=0,032$  sugestivo de que as diferenças observadas são dotadas de significância estatística (Tabela 33B, Anexo XII).

Relativamente ao cruzamento com a variável situação profissional, apura-se que os elementos que seleccionaram as categorias “empregado” e “desempregado” tendem a assumir que se sentiram prejudicados após a transferência da consulta de MI do HD para o HSJ. Recorde-se que estas categorias, embora não tenham sentido alterações a nível da duração da consulta, já tinham assinalado um aumento do tempo de espera prévio, uma diminuição da qualidade global e já tinham percepcionado que era mais difícil obter uma consulta de MI após o encerramento do HD. Os estudantes, grupo que, embora tenha sentido uma diminuição da duração da consulta, percepcionou um aumento da qualidade global e não sentiu quaisquer alterações no grau de facilidade em obter uma consulta após o encerramento do HD, parecem



tender a assumir que não se sentiram nem beneficiados nem prejudicados. Por sua vez, os domésticos seleccionaram mais do que era de esperar a categoria “muito prejudicado”. Note-se que este grupo, ainda que admita que não houve alterações na duração da consulta, já tinha assinalado um maior tempo de espera prévio, percepcionou uma perda de qualidade global e refere que se tornou muito mais difícil obter uma consulta após o encerramento do HD. Quanto aos reformados, elementos pertencentes a faixas etárias superiores, a mesma análise leva a crer que, para além destes elementos mostrarem alguma tendência em assumir que se sentiram muito prejudicados com a transferência da consulta de MI do HD para o HSJ, apresentam também diferenças positivas entre frequência observada e esperada a nível das categorias “nem beneficiado nem prejudicado” e “beneficiado” (Tabela 34B, Anexo XII). Os efeitos do encerramento do HD tendencialmente percepcionados por este grupo, à semelhança do cruzamento com a variável Benefício/Prejuízo, não seguem contornos bem definidos. Na verdade, os reformados tanto se inclinam a indicar uma diminuição do tempo de espera prévio como a assinalar a ausência de alterações a este nível, tanto indicam que a duração da consulta diminuiu, como indicam que permaneceu igual, tanto percepcionam que houve um aumento da qualidade global como não percepcionam qualquer alteração. Apenas no grau de facilidade assinalam que é muito mais difícil obter uma consulta de MI após o encerramento do HD.

O valor de  $p = 0,031$  resultante da simulação de Monte Carlo é sugestivo de que as diferenças identificadas são dotadas de significância estatística.

Quando o cruzamento é feito com a variável número de menores de idade que constituem o agregado familiar, dá-se conta que o grupo que se sentiu beneficiado com a transferência da consulta de MI para o HSJ tem em Média 0,08 menores com que partilha a mesma casa, reflectindo-se a dispersão dos valores num Desvio Padrão de 0,23 menores.

O grupo que refere não se sentir nem beneficiado nem prejudicado com a referida transferência apresenta uma Média de 0,36 menores, valor em torno do qual se dispersam os dados gerando um Desvio Padrão de 0,61 menores.

Quanto ao grupo que diz sentir-se prejudicado, a variabilidade dos valores volta a ser maior, reflectindo-se num Desvio Padrão de 0,89 menores tendo como referência uma Média de 0,63 menores.

O grupo que se sente muito prejudicado apresenta uma Média de 0,26 menores com Desvio Padrão de 0,60 menores. A análise destes dados parece sugerir que quanto mais crianças pertencem ao agregado familiar do respondente maior é a probabilidade de ele se sentir prejudicado com a transferência para o HSJ.

Ao realizar-se o teste de Kruskal-Wallis (uma vez que os pressupostos de normalidade da distribuição e homogeneidade de variâncias para a realização do ANOVA *one-way* não se verificam) surge um  $p=0,015$  sugestivo de que em pelo menos dois grupos as diferenças entre as médias do número de menores de idade é significativamente diferente.

No que se refere às variáveis qualitativas de Acesso Realizado, todos os cruzamentos efectuados com a variável benefício/prejuízo sugeriram diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente ao cumprimento das expectativas iniciais (recorde-se que os níveis mais frequentemente apontados pelo grupo I (HD) referentes às expectativas iniciais foram o nível 3 e nível 4), a análise das diferenças entre a frequência observada e a frequência esperada parece indicar, tal como seria de esperar e de forma semelhante ao comportamento da variável quando cruzada com a percepção sobre alterações no tempo de espera prévio, com a percepção sobre alterações na qualidade global e com a variável alterações no grau de facilidade em obter uma consulta de MI, uma tendência para os utentes que admitem sentirem-se muito prejudicados e prejudicados se situarem nos níveis mais baixos de cumprimento das expectativas iniciais, nomeadamente no nível 1 e nível 2, respectivamente. De lembrar que o nível 1 corresponde a um cumprimento das expectativas muito menor que o esperado e o 5 a um cumprimento das expectativas muito maior que o esperado.

Quanto aos utentes do grupo I (HD) que referem não terem sofrido qualquer benefício ou prejuízo em relação à realização da consulta de MI após o encerramento do HSJ, parecem tender a seleccionar os níveis superiores (níveis 3 e 4) relativos ao cumprimento das expectativas inicialmente criadas em relação à última consulta. Por sua vez, os utentes que se sentem beneficiados, pela análise das diferenças entre a frequência observada e a frequência esperada parecem tender a seleccionar o nível 4 relativo ao cumprimento de expectativas (Tabela 35B, Anexo XII). A significância estatística das diferenças apontadas é confirmada pela simulação de Monte Carlo da qual surge um valor de  $p<0,001$ .

Quando é realizado o mesmo cruzamento mas com a variável qualidade global percebida, a interpretação realizada surge com os mesmos contornos: os utentes que assumem sentirem-se beneficiados com a transferência da consulta de MI para o HSJ parecem tender a perceber os mais altos níveis de qualidade global do serviço, nomeadamente o 4 e o 5. Os utentes que referem não terem sentido qualquer benefício ou prejuízo tendem a

situar-se no nível 4 e os utentes que se sentem prejudicados no nível 3. Por sua vez, os utentes que afirmam terem sido muito prejudicados desde a transferência de serviços, parecem situar-se nos níveis 2 e 3 de qualidade global percebida. Ao realizar-se a simulação de Monte Carlo, a partir do qual surge um  $p < 0,001$ , é evidenciada a significância estatística das diferenças apontadas (Tabela 36B, Anexo XII).

O cruzamento com a variável satisfação global revela uma tendência em tudo semelhante ao cruzamento anterior. Ao analisarem-se as diferenças entre as frequências observadas e as frequências esperadas das várias células da tabela de cruzamento, parece verificar-se uma tendência para os elementos que se sentiram muito prejudicados com a transferência de serviços assumirem níveis de satisfação mais baixos (níveis 2 e 3) do que os utentes que consideram que se sentiram beneficiados ou que não sentiram qualquer benefício ou prejuízo (níveis 4 e 5). Perante a mesma análise, parece verificar-se que os utentes que se sentiram prejudicados tendem a seleccionar o nível 3 referente à sua satisfação global com o serviço prestado (Tabela 37B, Anexo XII). Mais uma vez se realizou a simulação de Monte Carlo onde o  $p < 0,001$  resultante confirma a significância estatística das diferenças observadas.

No que toca à vontade expressa de voltar à consulta de MI do HSJ mesmo tendo oportunidade de receber o mesmo serviço noutra instituição, a análise das diferenças entre a frequência observada e frequência esperada parece indicar que os utentes que assumem que se sentem beneficiados ou que não sentiram qualquer prejuízo ou benefício na realização da consulta de MI após o encerramento do HD, assinalam níveis de lealdade superiores (níveis 4 e 5) aos utentes que dizem sentir-se prejudicados (nível 3) e muito prejudicados (nível 2) desde a transferência de serviços (Tabela 38B, Anexo XII). Note-se que a significância estatística das referidas diferenças é corroborada por um  $p < 0,001$  apurado pela simulação de Monte Carlo.

Quanto à probabilidade do utente recomendar o serviço de consulta externa de MI do HSJ a familiares, amigos ou colegas, a análise das diferenças entre frequência esperada e observada volta a sugerir uma tendência dos elementos que se consideram beneficiados ou nem beneficiados nem prejudicados para assumirem níveis de recomendação mais elevados (níveis 4 e 5) do que os utentes que consideram sentir-se prejudicados (nível 3) e muito prejudicados (nível 2 e 3) (Tabela 39B, Anexo XII) Ao realizar-se a simulação de Monte

Carlo surge um  $p < 0,001$  fortemente sugestivo da significância estatística das diferenças observadas.

Quando o cruzamento é feito com a variável número de consultas marcadas de MI no HSJ a que o utente não compareceu em 2008, os dados indicam que o grupo que se sentiu beneficiado com a transferência da consulta de MI para o HSJ faltou em Média a 0,33 consultas, reflectindo-se a dispersão dos valores num Desvio Padrão de 0,78 consultas.

O grupo que refere não se sentir nem beneficiado nem prejudicado com a referida transferência apresenta uma Média de 0,22 consultas, valor em torno do qual se dispersam os dados gerando um Desvio Padrão de 0,50 consultas.

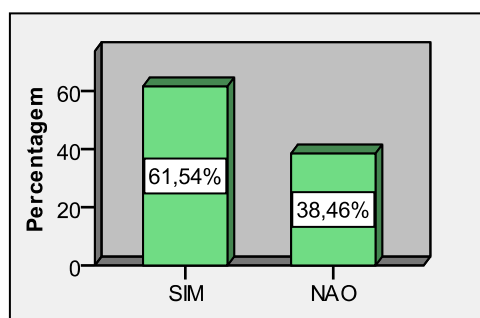
Quanto ao grupo que diz sentir-se prejudicado, a variabilidade dos valores volta a ser maior, reflectindo-se num Desvio Padrão de 0,73 consultas, tendo como referência uma Média de 0,44 consultas.

O grupo que se sente muito prejudicado apresenta uma Média de 0,64 consultas com Desvio Padrão de 0,67 consultas. Efectivamente, ao analisar os dados, parece notar-se uma tendência para a não comparência a um maior número de consultas por parte de quem mais se sente prejudicado com a transferência para o HSJ. Ao realizar-se o teste de Kruskal-Wallis (uma vez que os pressupostos de normalidade da distribuição e homogeneidade de variâncias para a realização do ANOVA *one-way* não se verificam) surge um  $p = 0,012$  sugestivo de que em pelo menos dois grupos as diferenças entre as médias do número de consultas marcadas de MI no HSJ a que o utente não compareceu em 2008 é significativamente diferente.

Relativamente aos aspectos apontados pelo grupo de utentes que se considera muito beneficiado e beneficiado (13 elementos) com a transferência da consulta de MI para o HSJ e pelo grupo que se considera prejudicado e muito prejudicado (144 elementos), destacam-se:

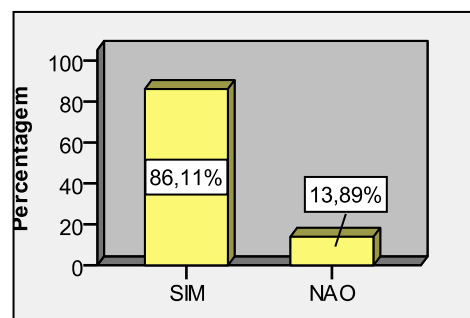
- A qualidade global do serviço prestado na consulta, aspecto apontado por 61,54% dos utentes que se consideram muito beneficiados e beneficiados e por 86,11% dos utentes que se consideram muito prejudicados e prejudicados (Gráficos 18 e 19).

**Gráfico 18** – Utentes muito beneficiados e beneficiados na qualidade global



Fonte: SPSS 17

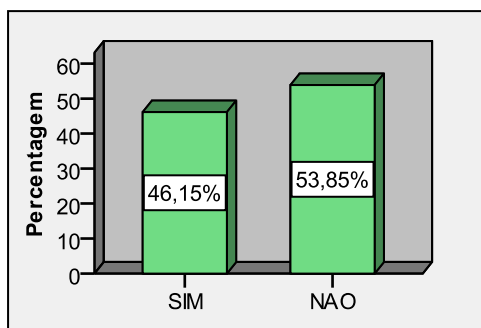
**Gráfico 19** – Utentes muito prejudicados e prejudicados na qualidade global



Fonte: SPSS 17

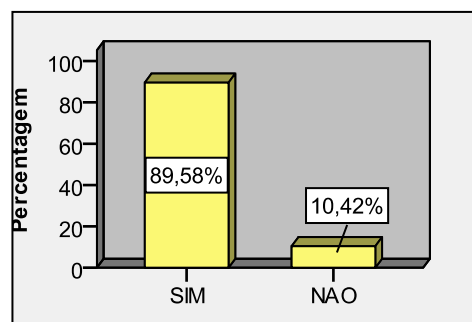
- O tempo dispendido na sala de espera imediatamente antes da consulta, aspecto apontado por 46,15% dos utentes que se consideram muito beneficiados e beneficiados e por 89,58% dos utentes que se consideram muito prejudicados e prejudicados (Gráficos 20 e 21).

**Gráfico 20** – Utentes muito beneficiados e beneficiados no tempo de espera antes da consulta.



Fonte: SPSS 17

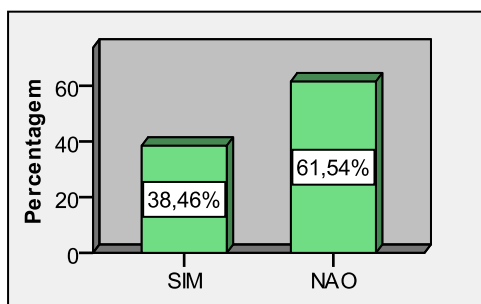
**Gráfico 21** – Utentes muito prejudicados e prejudicados no tempo de espera antes da consulta.



Fonte: SPSS 17

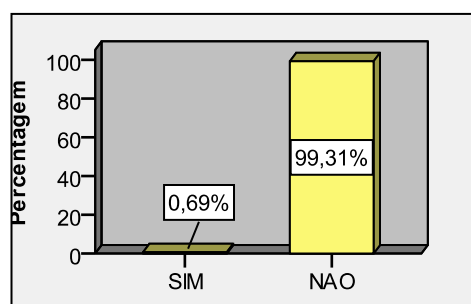
- Tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do hospital, aspecto apontado por 38,46% dos utentes que se consideram muito beneficiados e beneficiados e por 0,69% dos utentes que se consideram muito prejudicados e prejudicados (Gráficos 22 e 23).

**Gráfico 22** – Utentes muito beneficiados e beneficiados no tempo de espera depois da consulta.



Fonte: SPSS 17

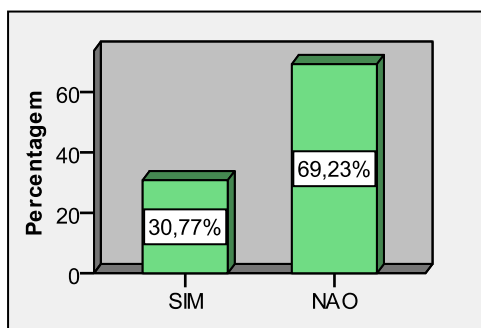
**Gráfico 23** – Utentes muito prejudicados e prejudicados no tempo de espera depois da consulta.



Fonte: SPSS 17

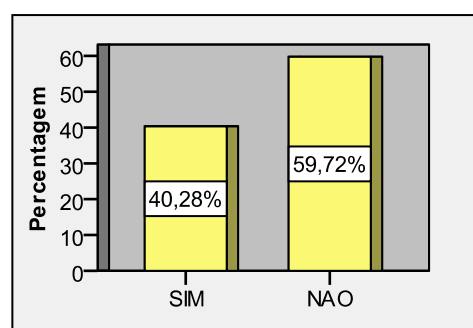
- Duração da consulta, aspecto apontado por 30,77% dos utentes que se consideram muito beneficiados e beneficiados e por 40,28% dos utentes que se consideram muito prejudicados e prejudicados (Gráficos 24 e 25).

**Gráfico 24** – Utentes muito beneficiados e beneficiados na duração consulta.



Fonte: SPSS 17

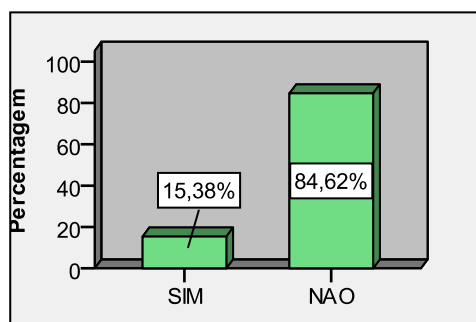
**Gráfico 25** – Utentes muito prejudicados e prejudicados na duração consulta.



Fonte: SPSS 17

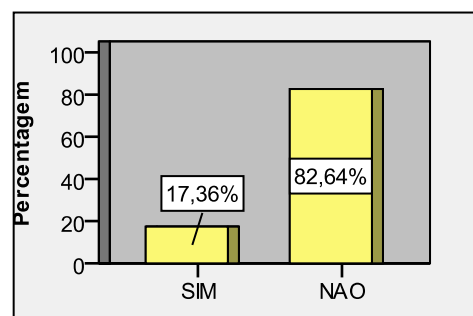
- Tempo de intervalo entre as consultas, aspecto apontado por 15,38% dos utentes que se consideram muito beneficiados e beneficiados e por 17,36% dos utentes que se consideram muito prejudicados e prejudicados (Gráficos 26 e 27).

**Gráfico 26** – Utentes muito beneficiados e beneficiados no tempo de intervalo entre as consultas.



Fonte: SPSS 17

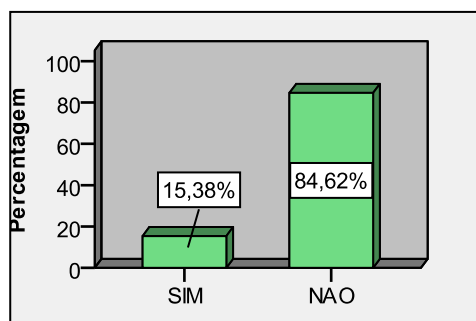
**Gráfico 27** – Utentes muito prejudicados e prejudicados no tempo de intervalo entre as consultas.



Fonte: SPSS 17

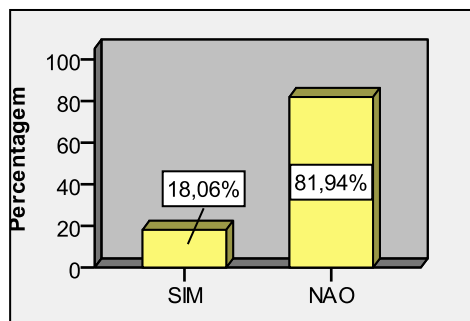
- Gastos inerentes à realização de uma consulta, aspecto apontado por 15,38% dos utentes que se consideram muito beneficiados e beneficiados e por 18,06% dos utentes que se consideram muito prejudicados e prejudicados (Gráficos 28 e 29).

**Gráfico 28** – Utentes muito beneficiados e beneficiados nos gastos inerentes à consulta.



Fonte: SPSS 17

**Gráfico 29** – Utentes muito prejudicados e prejudicados nos gastos inerentes à consulta.



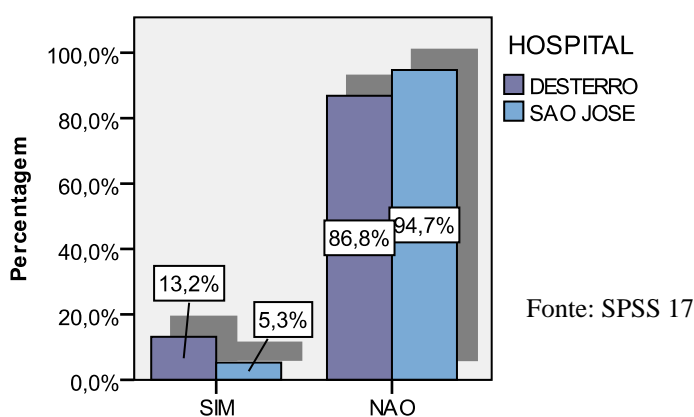
Fonte: SPSS 17

No espaço dedicado à identificação de outros aspectos em que o utente se sentiu beneficiado destacam-se a melhoria das instalações, indicada por dois elementos, e o melhor atendimento pelo administrativo, indicada por um elemento. Quanto a outros aspectos em que o utente se sentiu prejudicado, destaca-se a necessidade de se deslocar de táxi devido ao grande declive da rampa de acesso ao HSJ, indicada por cinco elementos.

## 5.4 Razões para a Não Comparência às Consultas de Medicina Interna no Hospital de São José

Relativamente à falta de conhecimentos no que respeita à deslocação do domicílio ao HSJ, como pode ser observado no Gráfico 30, foi apontada como razão para faltar à consulta de MI por 13,2% dos utentes do grupo I (HD) e por 5,3% dos utentes do grupo II (HSJ) que não compareceram pelo menos uma consulta de MI no HSJ em 2008.

**Gráfico 30** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à falta de conhecimentos no que respeita à deslocação ao HSJ como razão para faltar.



Quando testada a homogeneidade de proporções dos elementos de cada grupo através do teste de Fisher (uma vez que os pressupostos do teste de Qui-Quadrado não se verificam) surge um valor de  $p=0,332$  (Tabela 26) conducente à não rejeição da  $H_0$  e, por isso, sugestivo de que não existem diferenças significativas entre grupos no que diz respeito a esta razão em particular.

**Tabela 26** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à falta de conhecimentos no que respeita à deslocação ao HSJ como razão para faltar.

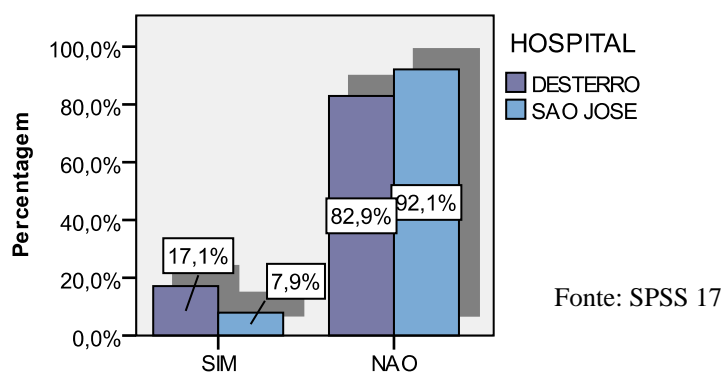
Falta de conhecimentos para a deslocação do domicílio ao HSJ como razão para faltar	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
SIM	10	2	p = 0,332
	13,2%	5,3%	
NÃO	66	36	
	86,8%	94,7%	
Total	76	38	
	100%	100%	

Fonte: SPSS 17



No que toca à falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até às instalações da consulta como razão para faltar, surge o grupo I (HD) com 17,1% dos elementos que o admitem e o grupo II (HSJ) com 7,9% dos elementos que em 2008 faltaram pelo menos a uma consulta (Gráfico 27).

**Gráfico 31** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à falta de conhecimentos no que respeita à deslocação às instalações da consulta como razão para faltar.



Ao realizar-se o teste de homogeneidade do Qui-Quadrado é gerado um valor de  $p=0,182$  que, mais uma vez, leva à não rejeição da  $H_0$  assumindo-se, por isso, que não existem diferenças estatisticamente significativas na proporção de elementos dos dois grupos que seleccionaram esta variável como razão para não comparecer à(s) consulta(s) de MI em 2008 (Tabela 27).

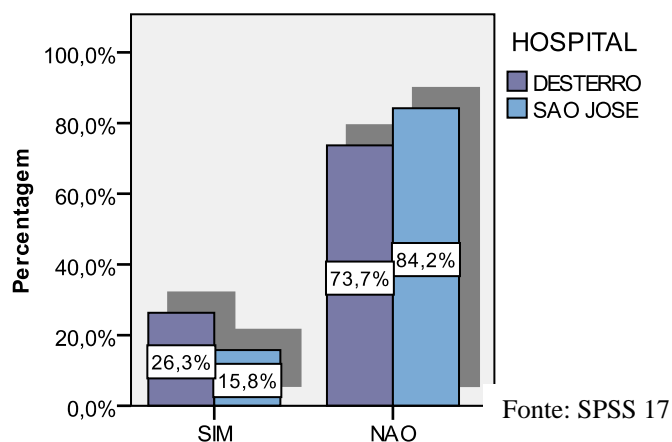
**Tabela 27** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à falta de conhecimentos no que respeita à deslocação às instalações da consulta como razão para faltar.

Falta de conhecimentos para a deslocação até às instalações da consulta como razão para faltar	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
SIM	13	3	p = 0,182
	17,1%	7,9%	
NÃO	63	35	
	82,9%	92,1%	
Total	76	38	
	100%	100%	

Fonte: SPSS 17

Quanto à incompatibilidade de horário, foi apontada como razão para a não comparência à consulta por 26,3% dos elementos do grupo I (HD) e 15,8% dos utentes do grupo II (HSJ) que em 2008 faltaram a pelo menos uma consulta de MI no HSJ (Gráfico 32).

**Gráfico 32** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à incompatibilidade com o horário da consulta como razão para faltar.



O valor de  $p=0,207$  que surge quando realizado o teste de Qui-Quadrado para a homogeneidade é sugestivo de que a decisão deve recair sobre a  $H_0$  e consequentemente de que a proporção dos elementos dos dois grupos não difere significativamente do ponto de vista estatístico (Tabela 28).

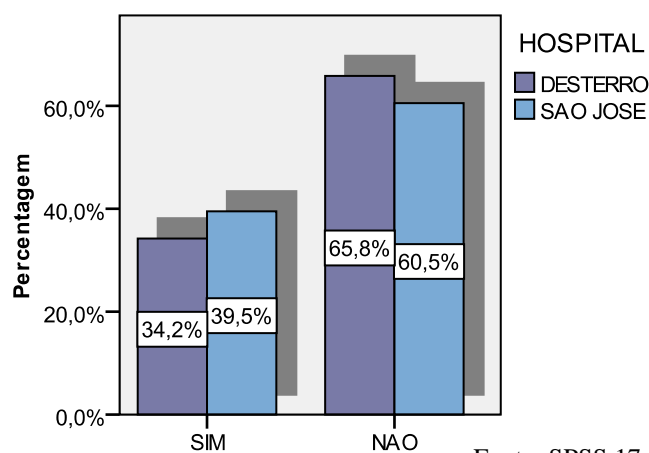
**Tabela 28** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa à incompatibilidade com o horário da consulta como razão para faltar.

Incompatibilidade com horário de funcionamento como razão para faltar	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
SIM	20 26,3%	6 15,8%	$p = 0,207$
NÃO	56 73,7%	32 84,2%	
Total	76 100%	38 100%	

Fonte: SPSS 17

Relativamente ao tempo de espera para ser atendido imediatamente antes da consulta, foi apontado como razão para faltar por 34,2% dos utentes do grupo I (HD) e por 39,5% dos utentes do grupo II (HSJ) que afirmam terem faltado, em 2008, a pelo menos uma consulta de MI no HSJ (Gráfico 33).

**Gráfico 33** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de espera antes da consulta como razão para faltar.



Fonte: SPSS 17

Ao realizar-se o teste de Qui-Quadrado para homogeneidade surge um  $p = 0,581$  conducente à tomada de decisão a favor da  $H_0$ , ou seja, à inexistência de diferenças significativas do ponto de vista estatístico no que toca à proporção de elementos de ambos os grupos em estudo (Tabela 29).

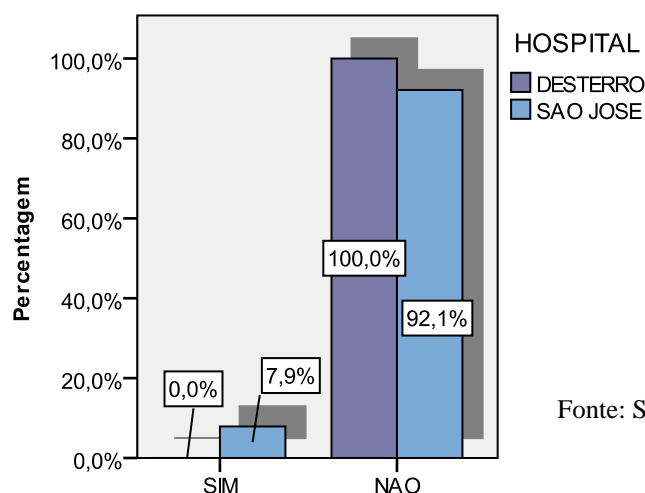
**Tabela 29** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de espera antes da consulta como razão para faltar.

Tempo de espera para ser atendido antes da consulta como razão para faltar	Grupo I (HD)	Grupo II (HSJ)	Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
SIM	26 34,2%	15 39,5%	$p = 0,581$
NÃO	50 65,8%	23 60,5%	
Total	76 100%	38 100%	

Fonte: SPSS 17

Quanto ao tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do HSJ como razão para não comparecer à(s) consulta(s) de MI, pode ser observado no Gráfico 34, que foi apontado apenas por 7,9% de utentes do grupo II (HSJ).

**Gráfico 34** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de espera depois da consulta como razão para faltar.



Fonte: SPSS 17

Devido ao facto de nenhum elemento do grupo I (HD) ter seleccionado esta variável como razão para ter faltado a pelo menos uma consulta, como era de esperar, a homogeneidade de proporções é refutada pelo valor de  $p=0,035$  obtido através do teste exacto de Fisher (na ausência de pressupostos para a realização do teste de Qui-Quadrado).

Obviamente as maiores diferenças entre a frequência esperada e frequência observada encontram-se na categoria “sim” onde a proporção de elementos do grupo I (HD) é menor que a esperada e a proporção de elementos do grupo II (HSJ) é superior àquilo que era esperado (Tabela 30).

**Tabela 30** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de espera depois da consulta como razão para faltar.

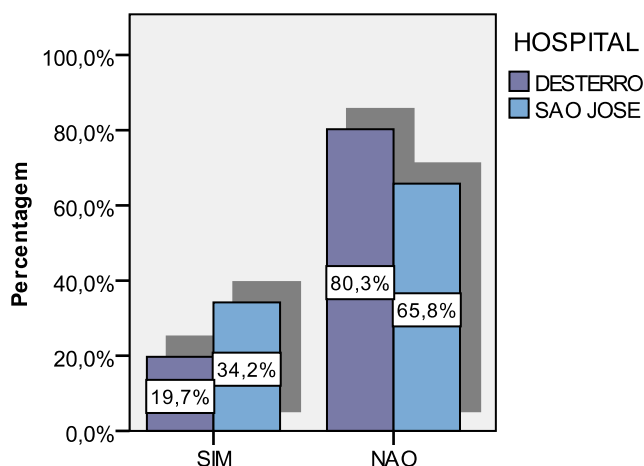
Tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do HSJ como razão para faltar		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
SIM	Freq Obs	0	0%	3	7,9%	p = 0,035
	Resíduo	-1,4		2,0		
NÃO	Freq Obs	76	100,0%	35	92,1%	
	Resíduo	0,2		-0,3		
Total		76	100%	38	100%	

Fonte: SPSS 17

No que toca aos gastos totais da realização de uma consulta (onde são incluídos transportes e refeições, se se aplicar), foram apontados como razão para faltar à consulta por

19,7% dos elementos do grupo I (HD) e por 34,2% dos utentes do grupo II (HSJ) que afirmam terem faltado a pelo menos uma consulta de MI no HSJ em 2008 (Gráfico 35).

**Gráfico 35** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa aos gastos da consulta como razão para faltar.



Quando realizado o teste de homogeneidade do Qui-Quadrado, através do valor de  $p=0,091$  gerado, aceita-se  $H_0$  e assume-se que não existirem diferenças de proporção de elementos de cada grupo em nenhuma das categorias (Tabela 31).

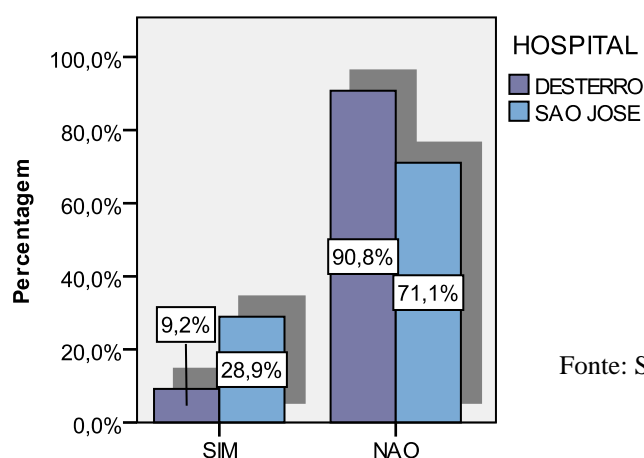
**Tabela 31** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa aos gastos da consulta como razão para faltar.

Gastos totais como razão para faltar	Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
SIM	15	19,7%	13	34,2%	p = 0,091
NÃO	61	80,3%	25	65,8%	
Total	76	100%	38	100%	

Fonte: SPSS 17

Relativamente ao tempo de viagem, este foi apontado como razão para faltar à consulta por 9,2% dos utentes do grupo I (HD) e 28,9% dos elementos do grupo II (HSJ) que referem ter faltado a pelo menos uma consulta de MI no HSJ em 2008 (Gráfico 36).

**Gráfico 36** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de viagem como razão para faltar.



Fonte: SPSS 17

Quando realizado o teste de homogeneidade do Qui-Quadrado surge um  $p=0,006$  sugestivo de que a diferença de proporções dos elementos de cada grupo é estatisticamente significativa. A análise das diferenças entre a frequência observada e frequência esperada sugere que os elementos do grupo II (HSJ) têm uma maior tendência para seleccionar o tempo de viagem como razão para terem faltado a pelo menos uma consulta de MI no HSJ em 2008 (Tabela 32).

**Tabela 32** – Comparação entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) relativa ao tempo de viagem como razão para faltar.

Tempo de viagem como razão para faltar		Grupo I (HD)		Grupo II (HSJ)		Valor de p obtido pelo teste de homogeneidade do Qui-Quadrado
SIM	Freq Obs	7	9,2%	11	28,9%	p = 0,006
	Resíduo	-1,4		2,0		
NÃO	Freq Obs	69	90,8%	27	71,1%	
	Resíduo	0,6		-0,9		
Total		76	100%	38	100%	

Fonte: SPSS 17

No espaço reservado a outras razões que motivaram a não comparência à(s) consulta(s) de MI no HSJ, no ano de 2008, surgem:

O esquecimento/confusão com o dia da consulta indicados por 4 utentes do grupo I (HD) e 3 utentes do grupo II (HSJ);

O facto do médico assistente deixar de exercer no HSJ e rejeitar a alternativa proposta, indicado por 1 utente do grupo I (HD) e 1 utente do grupo II(HSJ);

Indisponibilidade da pessoa de que depende para o transporte para o HSJ, indicada por 7 utentes do grupo I (HD) e 1 elemento do grupo II (HSJ);

Doença (não relacionada com a especialidade da consulta em questão), indicada por 3 utentes do grupo I (HD) e 2 do grupo II (HSJ);

Estar fora de Lisboa na data da consulta, indicada por 4 elementos do grupo I (HD) e 3 do grupo II (HSJ);

Ter agendada uma consulta de outra especialidade no mesmo dia, referida por 5 utentes do grupo I (HD) e 1 utente do grupo II (HSJ);

Tendo em conta o estado de saúde, não encontrar necessidade na realização da consulta, referida por 2 utentes do grupo I (HD);

Doença de familiar, referida por 1 utente do grupo I (HD) e;

Mudança de hospital de referência, indicada por 1 utente do grupo I (HD).

## 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### Acesso Potencial

A inexistência de diferenças ao nível do estado de saúde percebido entre os grupos em estudo ajuda a rejeitar o possível efeito desta variável nas diferenças encontradas em variáveis de Acesso Realizado (como as que se relacionam com a utilização de serviços) encontradas em estudos de Hoz e Leon (1996) e de Finkelstein (2000).

A análise dos dados parece indicar que o grupo II (HSJ) tem um nível mais elevado de expectativas prévias à consulta quando comparados com o grupo I (HD). Neste contexto é importante relembrar que, embora a população do grupo I (HD) seja mais envelhecida, não existem diferenças significativas no que diz respeito ao estado de saúde percebido daí que possa descartar-se o efeito encontrado em estudos de Remor (2002) desta última variável nas diferenças encontradas nas expectativas prévias à consulta.

Quanto ao estado civil apura-se que o grupo I (HD) contém significativamente mais viúvos do que o grupo II (HSJ). Convém não esquecer que associada a esta diferença poderá estar a idade mais avançada identificada no grupo I (HD). Por outro lado, apesar de ser categoria modal para ambos os grupos, o estado civil casado apresenta mais elementos do que aqueles que seriam de esperar no grupo II (HSJ) o que, tal como Scheppers et al (2006) refere, poderá funcionar como um facilitador no acesso à consulta de MI do HSJ.

A análise dos dados leva também a que se considere que grupo I (HD) e grupo II (HSJ) têm situações familiares semelhantes. Perante a inexistência de diferenças significativas a este nível poderão pôr-se de parte os efeitos da situação familiar nas diferenças encontradas na utilização dos serviços da consulta de MI e consequentemente no seu Acesso Realizado detectados nos estudos de Mackinlay (1976) e Aguilar et al (1998).

Por outro lado, a análise dos dados permite dizer que os utentes do grupo I (HD) vivem com mais menores de idade que os utentes do grupo II (HSJ) o que não deixa de ser curioso visto o primeiro grupo ser mais envelhecido do que o segundo. Cabe relembrar aqui que, de acordo com Fitzpatrick (2004), ser cuidador de outrem pode constituir uma barreira ao acesso a cuidados de saúde pelo que esta variável deve ser tomada em consideração quando realizada a comparação do acesso potencial à consulta de MI do grupo I (HD) com o grupo II (HSJ).



---

Embora a proporção de elementos que não detêm qualquer grau académico seja semelhante nos dois grupos em estudo, os elementos pertencentes ao grupo II (HSJ) localizam-se em maior proporção nos níveis superiores de escolaridade [ciclo Preparatório (6º ano), antigo 5º ano/9ºano, antigo 7º ano/12ºano e curso superior]. Perante esta análise cabe relembrar que o nível de escolaridade está relacionado com o maior conhecimento da disponibilidade de serviços de saúde, assim como dos benefícios associados à sua utilização [tal como Aguilar et al (1998) defende] e que por isso é um determinante bem estabelecido da procura de cuidados de saúde tal como é referido por Ensor e Cooper (2004).

Mais uma vez se considera que a diferença encontrada poderá ter sofrido influência das discrepâncias da idade entre os dois grupos.

Tendo em conta que o grupo I (HD) supera o grupo II (HSJ) também no tocante ao número de desempregados, parece haver uma maior proporção de pessoas activas no grupo do HSJ. Tal facto, mais uma vez, não é de estranhar uma vez que a população do grupo I (HD) é mais envelhecida.

De acordo com o previamente estabelecido, considera-se que a grande maioria da população reside em área urbana, descartando-se por isso os efeitos detectados por Rosenbach e Dayhoff (1995) no que diz respeito à influência da zona de residência no acesso a serviços de saúde.

Tendo em conta o que é defendido por Oliveira, Travassos e Carvalho (2004), perante a análise da variável distância e da sua repercussão em tempo de viagem do domicílio ao HSJ pode dizer-se que os elementos do grupo I (HD) se encontram até privilegiados em relação aos utentes do grupo II (HSJ).

Analizando a percepção dos respondentes acerca da maior ou menor facilidade em chegar ao HSJ, parece verificar-se que os elementos do grupo I (HD) percebem a acessibilidade física ao HSJ como mais difícil que os elementos do grupo II (HSJ). Tal facto não deixa de ser interessante uma vez que, tal como se observou anteriormente, o grupo I (HD) encontra-se a residir a uma distância ao HSJ inferior ao grupo II (HSJ), sendo obrigado a despende menos tempo na viagem. Convém no entanto não esquecer que quando se fala do grupo I (HD), é referida uma população envelhecida com as limitações na mobilidade que lhe são próprias, daí que a percepção sobre a acessibilidade possa diferir entre os grupos. No contexto desta variável parece oportuno relembrar que, de acordo com o que é defendido por Shavers et al (2002) a percepção de um elevado nível de dificuldades em aceder aos cuidados de saúde está associada a uma menor probabilidade de receber cuidados de saúde e a uma maior demora no início do processo de procura de cuidados quando é percebida a sua

necessidade, bem como a uma menor probabilidade de usufruir da sua continuidade após dar entrada no serviço de saúde.

Em jeito de síntese pode dizer-se que a nível de acesso potencial são estudados dois grupos onde ambos:

- ☐ são constituídos por 40% de homens e 60% de mulheres. Uma vez que em ambos os grupos a proporção dos sexos é igual, é posto de parte o efeito desta variável no acesso à consulta de MI descrito por Aguilar (1998);
- ☐ têm um estado de saúde percebido semelhante onde a categoria mais frequente é “razoável”;
- ☐ vivem maioritariamente acompanhados por uma única pessoa maior de idade;
- ☐ são maioritariamente residentes dentro dos limites da Grande Área Metropolitana de Lisboa.

As principais diferenças recaem:

- ☐ na idade, sendo o grupo I (HD) mais envelhecido que o grupo II (HSJ). Note-se que a influência desta variável na utilização de serviços é fortemente referenciada na literatura. Estudos de MacKian, 2003; Fitzpatrick et al, 2004; Wallace e Gutiérrez, 2005; Scheppers et al, 2006; Louvison et al, 2008 são exemplos onde se descreve a tendência para idades mais avançadas se relacionarem com uma maior utilização de serviços de saúde. No contexto em estudo, marcado pela transferência de serviços de um hospital para outro, convém ainda referir que, tal como Lourenço (2008) adverte, a população idosa é tendencialmente resistente à mudança de hábitos uma vez que esta está associada ao sentimento de controlo sobre a respectiva vida.
- ☐ nas expectativas antes da última consulta sendo mais baixas no grupo I (HD) quando comparadas com as grupo II (HSJ);
- ☐ no estado civil onde o grupo I (HD) contém significativamente mais viúvos que o grupo II (HSJ) que, por sua vez, contém significativamente mais casados que o grupo I (HD);
- ☐ no número de crianças residentes na mesma casa do respondente, significativamente superior no grupo I (HD);
- ☐ na escolaridade, onde os elementos do grupo II (HSJ) detêm níveis académicos superiores aos do grupo I (HD);
- ☐ na situação profissional, com mais reformados no grupo I (HD) e mais empregados no grupo II (HSJ);

- na distância e tempo de viagem do domicílio ao HSJ, ao contrário do que seria de esperar, superiores no grupo II (HSJ);
- na percepção sobre acessibilidade física ao HSJ onde inesperadamente na visão dos elementos do grupo I (HD) é mais difícil que na dos elementos do grupo II (HSJ).

### **Acesso Realizado**

Relativamente à utilização dos serviços da consulta de MI do HSJ não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em estudo em relação ao número de consultas realizadas no ano de 2008. Tal facto não deixa de ser interessante uma vez que têm vindo a detectar-se diferenças significativas entre os grupos em variáveis descritas na literatura como determinantes da utilização de serviços, como sejam a idade, as expectativas antes da última consulta, o estado civil, o número de crianças residentes na mesma residência, a escolaridade, a situação profissional, a distância e tempo de viagem do domicílio ao HSJ e a percepção sobre acessibilidade física ao HSJ (Shavers, 2002; Fitzpatrick, 2004; Ensor e Cooper, 2004; Oliveira, Travassos e Carvalho, 2004; Scheppers, 2006).

A análise dos dados parece indicar que, ainda que o número de consultas realizadas em 2008 seja semelhante nos dois grupos, os elementos do grupo I (HD) acabaram por faltar mais frequentemente que os utentes do grupo II (HSJ). Neste contexto convém não esquecer o possível efeito das variáveis acima mencionadas e descritas na literatura como determinantes da utilização de cuidados de saúde cuja análise sugeriu diferenças significativas entre os grupos. A saber: idade, as expectativas antes da última consulta, o estado civil, o número de crianças residentes na mesma residência, a escolaridade, a situação profissional, a distância e tempo de viagem do domicílio ao HSJ e a percepção sobre acessibilidade física ao HSJ.

Quando realizado o modelo de regressão ordinal, relativamente às variáveis de acesso potencial preditivas do número de consultas a que o utente do grupo I (HD) não compareceu, surgem apenas a escolaridade e a situação profissional descartando-se o efeito da idade no número de consultas em falta sugerido por estudos como os de Barron (1980), os de Rohlande e Wu (2002), ou os de Lee et al (2005), das expectativas prévias à consulta sugerido por Hardy, O'Brien e Furlong (2001) e Shuman e Shapiro (2002), do estado civil sugeridos por Adler, Goin e Yamamoto (1963) e Lester e Harris (2007), do número de menores de idade sugerido por Dyer et al, (1998) e Lester e Harris (2007), da distância e tempo de viagem sugerido por estudos de Lee et al (2005) ou de Lester e Harris (2007) e da percepção sobre a

acessibilidade física sugerido por Shavers (2002) . Quanto a variáveis de acesso realizado, foram identificados o cumprimento das expectativas prévias [à semelhança de estudos de Hardy, O'Brien e Furlong (2001)] e a percepção do utente sobre a qualidade das informações recebidas do médico acerca do seu estado de saúde, o que vai de encontro ao que é defendido por Lloyd, Bradford e Webb (1993). É interessante notar que, ao contrário daquilo que seria de esperar, nenhuma das variáveis relativas aos efeitos do encerramento do HD são indicadas pelo modelo como preditivas da variação do número de consultas de MI no HSJ a que o utente falta. Na verdade, a análise dos dados destaca como principais efeitos do encerramento do HD, um aumento do tempo de espera imediatamente antes da consulta, sugerido na literatura como factor determinante da não comparência do utente às consultas (Chung, Wong e Yeung, 2004), a percepção de perda de qualidade global do serviço prestado na consulta, também apontado como potenciador de não comparência (McIvor, Ek e Carson, 2004), e a percepção de perda de facilidade em obter uma consulta de MI aumentando a probabilidade de quebra na continuidade de cuidados (Shavers, 2002). No entanto, no presente contexto, as referidas variáveis não apresentam significância para que possa dizer-se que são preditivas do número de consultas em falta. Tal fenómeno vem confirmar que o problema da não comparência às consultas é de grande complexidade existindo uma multiplicidade de razões para um indivíduo decidir faltar à consulta que tem marcada (Cooper, 2009).

Quando são considerados também os elementos do HSJ, nenhuma das variáveis preditivas do primeiro modelo se mantém, o número de menores de idade no que toca a variáveis de acesso potencial. Perante estes resultados que apontam para a ausência de significância das variáveis relativas aos efeitos do encerramento do HD no número de faltas dos utentes e perante a significância da variável hospital indicando uma maior probabilidade de faltar à consulta pelo facto de pertencer ao grupo I (HD), poderá ser possível sugerir o efeito natural da resistência à mudança que caracteriza o ser humano (Zacker e Bard, 1973). Relativamente a variáveis de acesso realizado surge a percepção sobre o tempo de espera imediatamente antes da consulta, a qualidade global percebida e a recomendação. Cabe reforçar a presença da variável hospital como variável preditiva no segundo modelo indicando que o grupo I (HD) tem uma maior probabilidade de faltar a consultas de MI no HSJ quando comparado com o grupo II (HSJ) confirmando, por isso, as diferenças encontradas nos testes de homogeneidade do qui-quadrado.

Perante os resultados apurados em 2005 pelo sistema de avaliação da qualidade a percebida e satisfação do utente nos hospitais EPE na valência de consultas externas

(Ministério da Saúde, 2006), a avaliação do utente em relação ao atendimento pelo administrativo no processo de admissão recai em níveis intermédios, o que faz com que seja considerada pelo referido sistema de avaliação como um ponto fraco (ainda que muito próximo do limite dos pontos fortes) e caracterizado como secundário dada o baixo nível de impacto na satisfação apurado por este estudo. No presente contexto, e dadas as diferenças encontradas entre os dois grupos em estudo, parece verificar-se que o grupo I (HD) se aproxima mais dos resultados descritos no estudo supracitado do que o grupo II (HSJ) que tendencialmente avalia o atendimento pelo administrativo com os dois níveis máximos de qualidade.

As variáveis preditivas de acesso potencial da percepção sobre a qualidade do atendimento pelo administrativo surgem no primeiro modelo como sendo o número de menores de idade no agregado familiar. Relativamente às variáveis de acesso realizado, surgem como sendo preditivas, o número de consultas de MI marcadas no HSJ a que o utente não compareceu em 2008 [à semelhança de Martin, Perfect e Mantle (2005)], a qualidade global percebida, a lealdade e a satisfação global também mencionadas na literatura como associadas à percepção sobre a qualidade do atendimento pelo administrativo [Madhok, Hameed e Bhopal (1998) e Martin, Perfect e Mantle (2005)]. Interessa salientar que a percepção sobre alterações na qualidade global do serviço após o encerramento do HD, a percepção sobre alterações na facilidade em obter uma consulta de MI após o encerramento do HD e a percepção de benefício/prejuízo inerente ao encerramento do HD surgem também como variáveis preditivas do comportamento da variável percepção sobre a qualidade do atendimento pelo administrativo no processo de admissão. Este resultado já seria de esperar uma vez que estas variáveis são mencionadas na literatura como associadas à qualidade apercibida acerca do atendimento pelo administrativo [Madhok, Hameed e Bhopal (1998), Kenagy, Berwick e Shore (1999) e Martin, Perfect e Mantle (2005)]. No segundo modelo, contemplando também os utentes pertencentes ao grupo II (HSJ), o número de menores de idade no agregado familiar deixa de ser significativo e surgem como variáveis preditivas de acesso potencial a situação profissional e a acessibilidade geográfica percebida. Relativamente a variáveis preditivas de acesso realizado, o número de consultas de MI marcadas no HSJ a que o utente não compareceu em 2008 e a qualidade global percebida deixam de ser significativas contrariando associações defendidas por Madhok, Hameed e Bhopal (1998) e Martin, Perfect e Mantle (2005), mantêm-se a satisfação global e a lealdade e acrescem a percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o próprio estado de saúde, a percepção sobre o seu envolvimento na decisão terapêutica, o

cumprimento das expectativas e a recomendação. Note-se que a variável hospital foi tida como significativa o que indica que as diferenças observadas no teste de homogeneidade do qui-quadrado relativamente à percepção de níveis inferiores de qualidade do atendimento do administrativo pode dever-se mesmo ao encerramento do HD e consequente transferência dos utentes para o HSJ. Tal facto não será de estranhar uma vez que no primeiro modelo são apontadas como significativas variáveis relativas aos efeitos do encerramento do HD que traduzem perda de qualidade global do serviço, maior dificuldade em obter uma consulta e sentimentos de prejuízo por si mencionadas na literatura como associadas à qualidade apercebida acerca do atendimento pelo administrativo [Madhok, Hameed e Bhopal (1998), Kenagy, Berwick e Shore (1999) e Martin, Perfect e Mantle (2005)].

Relativamente à percepção que o utente tem acerca do tempo que esperou para ser atendido imediatamente antes da consulta, é de salientar que como anteriormente observado, o grupo I (HD) é composto por mais elementos reformados (logo, com uma natural maior disponibilidade) que o grupo II (HSJ), composto por mais elementos empregados (possivelmente com menor disponibilidade e maior intolerância aos tempos de espera). Não seria de estranhar, portanto, se o grupo I (HD) percepcionasse tempos de espera mais curtos que o grupo II (HSJ). Contrariamente ao que seria de esperar, os elementos do grupo I (HD) percepcionam o tempo de espera para ser atendido antes da consulta mais longo do que os elementos do grupo II (HSJ).

No que diz respeito a variáveis preditivas de acesso potencial foi identificada para os elementos do grupo I (HD) a situação profissional, o estado civil e a escolaridade muito possivelmente devido à sua relação com a quantidade de tempo disponível e consequente tolerância a tempos de espera, e quanto a variáveis preditivas de acesso realizado são indicadas a percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica e a lealdade. Quanto a variáveis relativas aos efeitos do encerramento do HD é indicada pelo modelo como preditiva da percepção acerca do tempo de espera para ser atendido antes da consulta a percepção sobre alterações na qualidade global do serviço após o encerramento do HD. Tal facto não será de estranhar uma vez que a percepção sobre o tempo de espera, para além de ser considerado um indicador de qualidade [McCarthy, McGee e O'Boyle (2000)], é associado à satisfação do utente [Bar-Dayyan et al (2002); Bower et al (2003); Andersen, Camacho e Balkrishnan (2007)] que, por sua vez, se associa à qualidade percebida do serviço obtido [O'Loughlin e Coenders (2002); Costa e Rita (2004), Feddock et al (2005) e Caetano (2007)].

---

No segundo modelo, onde constam também os elementos do grupo II (HSJ), surge como única variável preditiva de acesso potencial a situação profissional. A lealdade mantém-se como variável preditiva de acesso realizado à qual acrescem o número de consultas de MI marcadas no HSJ a que o utente não compareceu em 2008, a qualidade do atendimento pelo administrativo, a qualidade global percebida, a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o próprio estado de saúde, satisfação global e a recomendação. Carece acrescentar que a variável hospital também mostrou significância estatística pelo que as diferenças encontradas no teste de homogeneidade do qui-quadrado podem dever-se realmente ao encerramento do HD. Assim, tal como é de esperar, depois de terem mencionado uma perda de qualidade no serviço da consulta após o encerramento do HD, os utentes do grupo I (HD) apresentam uma maior probabilidade de percepcionarem maiores tempos de espera prévios à consulta quando comparados com os utentes do grupo II (HSJ).

Importa destacar, no entanto, que o tempo de espera antes da consulta é a variável cujos resultados indicados por ambos os grupos atinge valores mais baixos no que diz respeito à qualidade apercebida. A este nível, vários estudos têm sugerido os impactos negativos do tempo de espera imediatamente antes da consulta na satisfação do utente como os de Feddock et al (2005), o estudo referente à avaliação da qualidade apercebida e satisfação do utente nos hospitais EPE na valência de consultas externas (Ministério da Saúde, 2006) (que revelou o tempo de espera como um ponto fraco, de carácter principal dado o seu importante impacto na satisfação do utente, e como a primeira variável de actuação prioritária) ou o estudo de Helbig et al (2009).

Relativamente à percepção sobre o tempo de espera após a consulta, importa salientar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo I (HD) e o grupo II (HSJ) bem como o predomínio do nível 5 (tempo de espera muito breve) muito provavelmente devido às novas estratégias adoptadas que prevêem a realização de procedimentos anteriormente realizados pelo administrativo, efectuados agora pelo próprio médico, ainda no consultório, tomando como exemplo os procedimentos relacionados com a receita médica ou a marcação da consulta seguinte.

No que toca à percepção dos respondentes acerca do atendimento pelo médico, a análise realizada sugere não existirem diferenças significativas entre o grupo I (HD) e grupo II (HSJ) nas variáveis: atenção dispensada, explicações sobre medicamentos prescritos, informação sobre cuidados a seguir e desempenho global do médico. Em todas estas variáveis



---

e em ambos os grupos, a maioria dos elementos seleccionou os dois níveis superiores (4 e 5). Note-se que na escala de cinco pontos utilizada neste conjunto de variáveis o 1 representa o pólo negativo significando baixa qualidade e o 5 o pólo oposto, representando uma óptima qualidade de atendimento. Importa salientar que os resultados indicando altos níveis de qualidade no atendimento pelo médico foram já apurados por outros estudos importantes como por exemplo o referente à avaliação da qualidade apercebida e satisfação do utente nos hospitais EPE na valência de consultas externas (Ministério da Saúde, 2006) ou o de Cabral e Silva (2009).

Ao estudo dos dados referentes à percepção sobre o atendimento pelo médico carece acrescentar que, como se observará adiante, a transferência do serviço de MI do HD para o HSJ não implicou uma mudança de médico assistente para nenhum dos utentes inquiridos. Os utentes do grupo I (HD) permaneceram no HSJ com o mesmo médico que os seguia no HD, daí que não sejam de estranhar as semelhanças encontradas entre os dois grupos.

As diferenças encontradas entre os dois grupos recaem apenas na percepção sobre a informação transmitida acerca do estado de saúde do utente, onde análise dos dados é sugestiva de que os elementos do grupo I (HD), quando comparados com o grupo II (HSJ), percebem uma mais alta qualidade acerca das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde, e na percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica onde a presente análise parece sugerir que os utentes do grupo II (HSJ) se sentem mais envolvidos na decisão terapêutica que os utentes do grupo I (HD).

Quanto à percepção sobre a qualidade acerca das informações recebidas pelo médico surgem, no primeiro modelo, apenas uma variável preditiva de acesso realizado (percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica) e uma variável preditiva relativa aos efeitos do encerramento do HD (percepção sobre alterações na qualidade global do serviço após o encerramento do HD). O facto de uma variável relativa aos efeitos do encerramento do HD revelar-se variável preditiva da qualidade apercebida acerca da informação dispensada pelo médico torna-se particularmente interessante uma vez que, com a transferência de serviços para o HSJ, os médicos da consulta externa de MI permaneceram com os mesmos utentes, não ocorrendo, portanto, qualquer mudança a este nível. Várias explicações poderiam ser sugeridas para este resultado apontando-se a título de exemplo mudanças de comportamento por parte dos médicos após o encerramento do HD no que diz respeito à disponibilização de informação ao utente acerca do seu estado de saúde ou, por outro lado, uma percepção do utente do grupo I (HD) tendencialmente pessimista quanto à transferência para o HSJ (inclusivamente da minoria que aponta uma melhoria na qualidade global), que acaba por se



estender até a aspectos não influenciados pelo encerramento do HD. Relativamente a este último aspecto, encontra-se o trabalho de Hughes e Kerr (2000) onde se defende que em circunstâncias geradoras de ansiedade [o encerramento do HD e respectiva transferência de serviços pode assim considerar-se dados os vários protestos de utentes assinalados pela comunicação social (Correio da Manhã, 09/02/2006; Público, 09/02/2006; TSF, 12/04/2006)] torna-se mais difícil ajustar as expectativas ao contexto existente podendo levar a que defensivamente o ser humano se centre na sua ideia pré-concebida, percepcionando a realidade (neste caso a informação recebida pelo médico acerca do seu estado de saúde) distorcida de acordo com o seu preconceito (Hughes e Kerr, 2000).

Já no segundo modelo surgem múltiplas variáveis preditivas de acesso potencial como sejam, o número de menores de idade no agregado familiar, a acessibilidade geográfica apercibida, a idade, o estado civil, a escolaridade e a situação profissional e quanto a acesso realizado mantêm-se a percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica à qual acrescem a qualidade global percebida e a lealdade. Ao contrário do primeiro, neste segundo modelo o elevado número de variáveis preditivas para a qualidade apercibida acerca das informações transmitidas pelo médico vêm a reflectir a complexidade que caracteriza a relação médico-utente e mais especificamente a comunicação médico-utente, amplamente assinalada por autores como Beate, Skorpen e Materud (1997), Oliver (2001) ou Koszegi (2004). Note-se que, a variável hospital não se mostrou significativa pelo que as diferenças encontradas entre o grupo I (HSJ) e o grupo II (HD) no que toca à percepção acerca da qualidade da informação acerca do estado de saúde transmitida pelo médico podem dever-se meramente ao acaso.

Quanto à percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica o primeiro modelo de regressão ordinal indica como única variável preditiva de acesso potencial a situação profissional. Quanto a variáveis de acesso realizado tidas como preditivas contam-se o número de consultas de MI marcadas no HSJ a que o utente não compareceu em 2008, à percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde, ao cumprimento das expectativas, à lealdade e à recomendação reflectindo novamente a complexidade que caracteriza a relação médico-utente (Beate, Skorpen e Materud, 1997; Oliver, 2001; Koszegi, 2004).

Das variáveis relativas aos efeitos do encerramento do HD destaca-se como significativa a percepção sobre alterações na qualidade global do serviço após o encerramento do HD. À semelhança da percepção sobre a qualidade das informações cedidas pelo médico acerca do estado de saúde do utente, também a variável percepção sobre o envolvimento na

decisão terapêutica é dependente de uma variável relativa aos efeitos do encerramento do HD, o que é sugestivo de que, ou os médicos (visto que acompanharam os seus utentes na transferência do serviço) promoveram um maior envolvimento do utente na decisão terapêutica após o encerramento do HD ou a percepção dos utentes a este nível acaba por ser influenciada por ideias pré-concebidas resultantes do processo de transferência (Hughes e Kerr, 2000). No segundo modelo deixa de haver variáveis preditivas significativas de acesso potencial e como variáveis preditivas de acesso realizado mantêm-se a percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde e o cumprimento das expectativas às quais acrescem a qualidade global apercebida. Mais uma vez se nota que a variável hospital não é dotada de significância estatística pelo que as diferenças observadas na percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica entre os grupos podem dever-se unicamente ao acaso.

Relativamente ao cumprimento das expectativas em relação à última consulta realizada no HSJ, parece verificar-se uma tendência para os níveis inferiores (1, 2 e 3) serem seleccionados pelos elementos do grupo I (HD) que, por sua vez, já tinham assinalado níveis mais baixos de expectativas prévias, enquanto os níveis superiores (4 e 5) são tendencialmente seleccionados pelos elementos do grupo II (HSJ) com expectativas prévias mais altas que as dos utentes do grupo I (HD). Perante estes resultados, e tendo em conta que o cumprimento das expectativas é um forte determinante da satisfação do utente com o serviço obtido [como é defendido por Kravitz, (2001) ou Caetano, (2007)] espera-se que o grupo I (HD) venha a demonstrar níveis de satisfação global com o serviço prestado na consulta mais baixos que o grupo II (HSJ).

Na ausência de variáveis preditivas significativas de acesso potencial para o cumprimento das expectativas no primeiro modelo [onde nem sequer se incluem as expectativas prévias à consulta, como seria de esperar, de acordo com Hughes e Kerr (2000), Bell et al (2002) ou Feddock et al (2005)], é identificada a satisfação global como variável preditiva de acesso realizado. Quanto a variáveis relativas aos efeitos do encerramento do HD é indicada como significativa a percepção de benefício/prejuízo inerente ao encerramento do HD. Quando são considerados também os elementos do HSJ surgem como variáveis preditivas de acesso potencial a situação profissional e as expectativas prévias à consulta, aqui já de acordo com Hughes e Kerr (2000), Bell et al (2002) ou Feddock et al (2005). Relativamente a variáveis de acesso realizado, permanece significativa a satisfação global, à qual acrescem, no segundo modelo a percepção acerca da qualidade de atendimento pelo

---

administrativo, a percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde, a percepção acerca do seu envolvimento na decisão terapêutica e a qualidade global percebida. Note-se que apesar de nos testes de homogeneidade do qui-quadrado terem sido detectadas diferenças entre os grupos em estudo do cumprimento das expectativas prévias à consulta, no segundo modelo de regressão ordinal, ao contrário daquilo que seria de esperar, a variável hospital não se demonstrou significativa levando a crer que as diferenças de proporção detectadas previamente entre o grupo I (HD) e o grupo II (HSJ) são devidas ao acaso.

Os elementos do grupo II (HSJ) percebem níveis mais elevados de qualidade global do serviço que os elementos do grupo I (HD). Sendo esta tendência em tudo semelhante às expectativas prévias à última consulta bem como ao seu cumprimento, acaba por confirmar-se o que é defendido por O'Loughlin e Coenders (2002) quando define o cumprimento das expectativas como o resultado de um prévio consumo de serviços relacionado com o nível de qualidade que os utentes esperam receber ou por Ferreira [et al] (2003) quando afirma que a qualidade pode ser definida na forma como as necessidades e expectativas relativas à prestação de um cuidado de saúde específico ou utilização de um serviço foram satisfeitas ou atingidas. Quando realizado o primeiro modelo de regressão ordinal, é indicada a escolaridade como única variável preditiva de acesso potencial para a qualidade global percebida e a satisfação global como única variável preditiva de acesso realizado. Note-se que nenhuma das variáveis relativas aos efeitos do encerramento do HD, nem mesmo a variável “percepção sobre alterações na qualidade global do serviço prestado na consulta de MI após o encerramento do HD”, revelaram significância estatística suficiente para que pudessem ser consideradas variáveis preditivas da qualidade global percebida. No segundo modelo, mantém-se a escolaridade como única variável preditiva de acesso potencial e como variáveis preditivas de acesso realizado surgem a qualidade do atendimento pelo administrativo, a percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde, a percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica, a percepção sobre o tempo de espera imediatamente antes da consulta e a satisfação global. Mais uma vez importa salientar que a variável hospital não se mostrou suficientemente significativa pelo que as diferenças detectadas entre os grupos no teste de homogeneidade do qui-quadrado relativamente à qualidade global percebida podem ser devidos ao acaso.

Relativamente à satisfação global com o serviço prestado na consulta, a análise leva a crer que os utentes do grupo II (HSJ) se encontram mais satisfeitos que os utentes do grupo I (HD), grupo este que assinalou expectativas prévias mais baixas em relação à última consulta realizada e que assumiu níveis também mais baixos de cumprimento das expectativas prévias e de qualidade global percebida. Tal concordância vai de encontro ao que é defendido por autores como Kravitz, (2001), O'Loughlin e Coenders, 2002, Ferreira [et al] (2003); Salazar, Costa e Rita, (2004), Feddock et al, (2005) e Caetano, (2007).

Construído o primeiro modelo de regressão ordinal, e na ausência de variáveis preditivas significativas de acesso potencial para satisfação global do utente do grupo I (HD), são identificadas como variáveis preditivas de acesso realizado o cumprimento das expectativas, a qualidade global percebida e a recomendação cuja associação é mencionada na literatura por autores como O'Loughlin e Coenders (2002), Ferreira et al (2003), Salazar, Costa e Rita (2004), Feddock et al (2005) ou Caetano (2007).

Note-se que nenhuma das variáveis relativas aos efeitos do encerramento do HD é indicada como significativa e preditiva da satisfação do utente do grupo I (HD). Quando são considerados também os elementos do HSJ surgem como variáveis preditivas de acesso potencial o número de menores de idade no agregado familiar e a situação profissional. Relativamente a variáveis de acesso realizado, permanecem significativas a qualidade global percebida e a recomendação, às quais acrescem, no segundo modelo a percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde, a percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica e a lealdade. Note-se que a significância estatística da variável hospital vem confirmar as diferenças entre os grupos em estudo na satisfação global detectadas nos testes de homogeneidade do qui-quadrado. Tal resultado leva a crer que, embora nenhuma das variáveis relativas aos efeitos do encerramento do HD seja preditiva da satisfação, as diferenças detectadas previamente entre o grupo I (HD) e o grupo II (HSJ) são, provavelmente, devidas à transferência de serviços em consequência do encerramento do HD.

Parece haver uma tendência para os elementos do grupo I (HD) seleccionarem os níveis mais baixos de lealdade (1, 2 e 3) e para os utentes do grupo II (HSJ) seleccionarem os níveis mais elevados (níveis 4 e 5). Dado que a lealdade é vista como um consequente da satisfação (Caetano, 2007) e que a satisfação, por sua vez, se associa ao cumprimento das expectativas e à qualidade percebida [Kravitz, (2001), O'Loughlin e Coenders, 2002, Ferreira [et al] (2003); Salazar, Costa e Rita, (2004), Feddock et al, (2005) e Caetano, (2007)],

---

o facto de os utentes do grupo II (HSJ) serem mais leais acaba por já ser esperado uma vez que a análise realizada tem vindo a sugerir para este grupo expectativas mais altas, acompanhadas de altos níveis do seu cumprimento, qualidade global percepcionada mais alta e níveis de satisfação global também superiores.

Quando realizado o primeiro modelo de regressão ordinal surgem como variáveis preditivas de acesso potencial para a lealdade do utente do grupo I (HD) a situação profissional e a acessibilidade geográfica percebida. Quanto a acesso realizado surgem como variáveis preditivas a percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde, a percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica [indo de encontro ao que é defendido por Emani et al (2005) quando sugere a forte associação entre as características do prestador de cuidados e a lealdade do utente. Note-se que estas são também variáveis preditivas do cumprimento das expectativas, da qualidade global apercebida e da satisfação global o que não é de estranhar pois a associação destas últimas tem vindo a ser apontada pelos autores supracitados], o cumprimento das expectativas e a recomendação [também estas associadas à lealdade no trabalho de Caetano (2007)]. Das variáveis relativas aos efeitos do encerramento do HD, destaca-se a alteração da qualidade global do serviço prestado na consulta de MI após encerramento do HD, o que já seria de esperar pois como tem sido descrito, a qualidade global percepcionada associa-se à satisfação (Kravitz, 2001; O'Loughlin e Coenders, 2002; Ferreira et al, 2003; Salazar, Costa e Rita, 2004, Feddock et al, 2005 e Caetano, 2007) e esta, por sua vez, constitui um factor determinante da lealdade. No segundo modelo, onde são acrescentados à análise os elementos do grupo II (HSJ), surgem o número de menores de idade no agregado familiar e a situação profissional como variáveis preditivas de acesso potencial. Já no que diz respeito às variáveis preditivas de acesso realizado apenas se mantêm a percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde e a recomendação. Note-se que a variável hospital apresentou significância estatística pelo que se confirma que os utentes do grupo I (HD) têm menor probabilidade de serem leais que os utentes do grupo II (HSJ).

A análise sugere ainda que, mesmo assinalando níveis mais baixos de expectativas e respectivo cumprimento, de qualidade apercebida e de satisfação, os utentes do grupo I (HD) têm vindo a identificar níveis relativamente altos na recomendação dos serviços, ainda que sejam, no último nível (nível 5) ultrapassados pelo grupo II (HSJ) onde um maior número de elementos assume ser muito provável recomendar o serviço de MI a familiares, amigos ou colegas.

---

Quando realizado o primeiro modelo de regressão ordinal surgem como variáveis preditivas de acesso potencial para a recomendação por parte do utente do grupo I (HD) o número de menores de idade no agregado familiar, a idade, a escolaridade e a situação profissional. Quanto a acesso realizado surgem como variáveis preditivas a percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde, a percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica, a satisfação global e a lealdade. Tal facto não será de estranhar uma vez que, como tem vindo a ser referido, as duas primeiras são variáveis preditivas do cumprimento das expectativas, da qualidade global apercebida, da satisfação e da lealdade, que por sua vez, também se associam à recomendação (Caetano , 2007). Quanto a variáveis relativas aos efeitos do encerramento do HD destacaram-se como sendo variáveis preditivas da recomendação por parte do utente do grupo I (HD), a percepção de alterações na duração da consulta após o encerramento do HD e a percepção de benefício/prejuízo inerente ao encerramento do HD. Quando são acrescentados à análise os elementos do grupo II (HSJ), apenas se mantêm a situação profissional e a escolaridade como variáveis preditivas de acesso potencial, às quais acrescem o estado civil neste segundo modelo. Já no que diz respeito às variáveis preditivas de acesso realizado, mantêm-se a percepção sobre a qualidade das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde, a satisfação global e a lealdade, às quais se junta a percepção sobre a qualidade do atendimento pelo administrativo e a qualidade global percebida. Note-se que a variável hospital apresentou significância estatística pelo que se confirma que os utentes do grupo I (HD) têm menor probabilidade de recomendar a consulta de MI a familiares, amigos ou colegas que os utentes do grupo II (HSJ).

Em jeito de resumo, pode dizer-se que a nível de acesso realizado ambos os grupos:

- Realizaram um número semelhante de consultas de MI no HSJ em 2008 (cerca de 3);
- Percepcionam maioritariamente o tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do HSJ como muito breve e;
- Assinalam altos níveis de qualidade para a atenção dispensada pelo médico, para as explicações por ele fornecidas sobre os medicamentos prescritos e sobre os cuidados a seguir e, por fim, para o seu desempenho global.

Por sua vez, as diferenças entre os grupos recaem:

- No maior número de consultas marcadas, em 2008 no HSJ, a que os utentes do grupo I (HD) não compareceram (resultado confirmado pelo modelo de regressão ordinal que sugere que o facto de pertencer ao grupo I (HD) significa um aumento da probabilidade de faltar à consulta);
- Na percepção sobre a qualidade do atendimento pelo administrativo onde o grupo I (HD) assinala níveis mais baixos que o grupo II (HSJ), sendo sugerido pelo modelo de regressão ordinal que pertencer ao grupo I (HD) significa ter uma menor probabilidade de perceber os níveis mais altos de qualidade no atendimento pelo administrativo;
- No tempo de espera para ser atendido percebido pelos utentes do grupo I (HD) como mais longo que o tempo de espera percebido pelos utentes do grupo II (HSJ) (resultado confirmado pelo modelo de regressão ordinal que sugere que o facto de pertencer ao grupo I (HD) significa um aumento da probabilidade de perceber tempos de espera mais longos);
- Na percepção dos elementos do grupo I (HD) de maiores níveis de qualidade acerca das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde quando comparada com a percepção do grupo II (HSJ) (embora, segundo o modelo de regressão ordinal, o facto de pertencer ao grupo I (HD) não signifique um aumento da probabilidade de perceber maiores níveis de qualidade acerca das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde);
- Na percepção dos elementos do grupo I (HD) de menor envolvimento na decisão terapêutica que os utentes do grupo II (HSJ) (embora, segundo o modelo de regressão ordinal, o facto de pertencer ao grupo I (HD) não signifique uma diminuição da probabilidade de perceber altos níveis de envolvimento na decisão terapêutica);
- Nos menores níveis de cumprimento de expectativas experimentados pelo grupo I (HD), já inicialmente assinalando expectativas prévias mais baixas que o grupo II (HSJ) (embora, segundo o modelo de regressão ordinal, o facto de pertencer ao grupo I (HD) não signifique uma diminuição da probabilidade de cumprir ou superar as expectativas iniciais);
- Nos menores níveis de qualidade global percebida (embora, segundo o modelo de regressão ordinal, o facto de pertencer ao grupo I (HD) não signifique uma



diminuição da probabilidade de perceber altos níveis de qualidade global do serviço);

- Nos menores níveis de satisfação apontados pelos utentes do grupo I (HD) quando comparados com os utentes do grupo II (HSJ) (resultado confirmado pelo modelo de regressão ordinal que sugere que o facto de pertencer ao grupo I (HD) significa uma diminuição da probabilidade de experimentar altos níveis de satisfação com o serviço recebido na consulta de MI no HSJ);
- Nos menores níveis de lealdade assinalados pelo grupo I (HD), sendo sugerido pelo modelo de regressão ordinal que pertencer ao grupo I (HD) significa ter uma menor probabilidade de ser leal à consulta de MI do HSJ;
- Na maior tendência para os elementos do grupo II (HSJ) situarem no maior nível de probabilidade a recomendação do serviço de MI do HSJ a familiares, amigos ou colegas. Para além desta tendência é sugerido pelo modelo de regressão ordinal que pertencer ao grupo I (HD) significa ter uma menor probabilidade de recomendar a consulta de MI do HSJ.

### **Efeitos do Encerramento do HD**

Sumariando os principais efeitos do encerramento do HD ao nível da consulta de MI, observa-se que:

- A maioria dos utentes sujeitos à transferência da consulta de MI do HD para o HSJ (67,44%) percebe um aumento do tempo de espera imediatamente antes da consulta.
  - Nos utentes divorciados é sugerida alguma tendência para assumirem que o tempo de espera se tornou mais curto e nos viúvos e reformados para identificarem a ausência de alterações a esse nível. Assim, parece verificar-se que são os solteiros, assim, como os separados de facto, os casados, e os unidos de facto que tendem a assumir que o tempo de espera antes da consulta se tornou mais longo com o encerramento do HD. Quanto ao estado civil viúvo, naturalmente associado a idades mais avançadas, é importante reconhecer que, se por um lado está relacionado com uma maior disponibilidade de tempo levando a uma maior tolerância a tempos de espera,



por outro lado, a idade mais avançada poderá levar a uma maior resistência à mudança, potenciadora de uma maior dificuldade na mudança de comportamentos (Vargas, 2009) necessária no contexto de transferência da consulta de MI do HD para o HSJ. Contrariamente àquilo que seria de esperar a análise sugere que os elementos pertencentes a esta categoria tendem a assumir que não sentiram qualquer alteração no tempo de espera antes da consulta com o encerramento do HD.

Outro dos resultados a apontar é que os elementos pertencentes à categoria “reformado”, para além de mostrarem alguma tendência em assumir que o tempo de espera se tornou mais curto, a diferença entre frequência observada e esperada é maior quando se fala na ausência de alterações sentidas no tempo de espera tal como foi sugerido na análise relativa ao estado civil viúvo.

- 28,84% dos utentes sujeitos à transferência da consulta de MI do HD para o HSJ considera ter-se tornado mais curto o tempo de duração da consulta. No entanto a maioria (70,23%) considera não terem ocorrido alterações a este nível. Relativamente a este ponto, a possível explicação surge no facto dos médicos assistentes terem acompanhado os seus utentes na transferência de serviços, permanecendo os mesmos no HSJ.
- A maioria dos utentes sujeitos à transferência da consulta de MI do HD para o HSJ (60,00%) percepciona uma perda de qualidade global no serviço prestado.
  - Os utentes com estado de saúde por eles considerado como “bom”, assim como os estudantes, tendem a assumir uma melhoria na qualidade global após a transferência. Note-se que estas categorias são naturalmente associadas a escalões etários mais jovens, naturalmente mais receptivos a mudanças de hábitos e possivelmente com uma visão menos pessimista acerca da transferência de serviços para o HSJ após o encerramento do HD. Por sua vez, os que consideram o seu estado de saúde como “muito bom” e “mau”, cuja tendem a negar qualquer alteração em termos de qualidade do serviço prestado.
  - Os utentes que assinalam a perda de qualidade faltam a mais consultas e realizam menos que os que não percepcionam alterações a este nível. Tal resultado vai de encontro ao que é defendido por McIvor, Ek e Carson (2004).

- Segundo o modelo de regressão ordinal, a percepção de uma perda na qualidade global do serviço após o encerramento do HD veio a diminuir a probabilidade de percepcionar tempos de espera imediatamente antes da consulta mais breves [de salientar que segundo McCarthy, McGee e O'Boyle (2000) o tempo de espera para ser atendido é um dos principais indicadores de qualidade do serviço], a diminuir a probabilidade de seleccionar os níveis mais altos de qualidade do atendimento pelo médico no que respeita à disponibilização de informações acerca do estado de saúde, contrariamente ao que seria de esperar a aumentar a probabilidade de indicar altos níveis de envolvimento na decisão terapêutica e a diminuir a probabilidade de ser leal à consulta de MI. Como já foi referido anteriormente relativamente às variáveis sobre a informação transmitida pelo médico e envolvimento na decisão terapêutica, dado que a transferência do HD para o HSJ não implicou mudança de médico assistente, como explicação para que a percepção sobre alterações na qualidade global após o encerramento do HD seja preditiva das variáveis supracitadas surge a possível mudança de comportamento por parte dos médicos ou, pelo contrário, de acordo com Hughes e Kerr (2000), a percepção distorcida própria de situações de ansiedade de acordo com o modelo mental preconcebido acerca do encerramento do HD e consequente transferência de serviços.
- A maioria dos utentes considera que houve uma perda de facilidade na obtenção da consulta de MI, considerando 48,84% ter-se tornado “mais difícil” e 17,21% “muito mais difícil”.
- É a faixa etária mais elevada, [65-99] anos, que assume mais vincadamente que se tornou mais difícil a obtenção de consultas de MI o que não é de estranhar dadas as dificuldades de adaptação a novas realidades e a natural resistência à mudança própria das faixas etárias mais envelhecidas, seguindo-se-lhe a segunda classe mais jovem, [25-45[ anos, afirmando que se tornou mais difícil. As classes dos [45-65[ anos e < 25 anos referem, tendencialmente não terem sentido alterações a este nível. Ao contrário do que seria de esperar, de todos os elementos que reportam uma maior facilidade na obtenção da

consulta, a presença mais marcada pertence também à faixa etária dos [65-99] anos.

- Das razões que motivam a maior dificuldade em obter uma consulta de MI após o encerramento do HD destacam-se o tempo de espera prévio à consulta mais longo e os gastos totais mais avultados. Relativamente ao aumento do tempo de espera, de acordo com o que é defendido por Aday e Andersen (1974), veio a potenciar a instalação de barreiras ao aceso que se relacionam com as características do serviço de saúde, mais concretamente com a forma de organização dos recursos disponíveis e quanto aos gastos totais mais avultados, de acordo com o quadro conceptual que norteou o estudo, veio a ser potenciada uma barreira relativamente ao ambiente externo.
- Segundo o modelo de regressão ordinal, a percepção de uma perda de facilidade na obtenção da consulta de MI após o encerramento do HD veio apenas a diminuir a probabilidade de seleccionar os níveis mais elevados de qualidade do atendimento pelo administrativo não mostrando significância estatística para que pudesse dizer-se que é preditiva de variáveis como a satisfação [com a qual é associada nos estudos de Flach e Damiano (2004)], ou como a percepção sobre o tempo de espera para ser atendido (como seria de esperar pois foi a principal razão apontada para a maior dificuldade em obter uma consulta de MI após o encerramento do HD).

□ A maioria dos utentes considera que houve prejuízo na transferência da consulta de MI para o HSJ, considerando-se 48,84% “prejudicados” e 18,14% “muito prejudicados”.

- Os utentes que se consideram beneficiados são sobretudo elementos que consideram o seu estado de saúde como “bom” ou como “mau”, divorciados, analfabetos ou que apenas sabem ler e escrever e reformados. Estes últimos não deixam, porém de se inclinar a responder que se sentem muito prejudicados ou que pelo contrário, não sentiram alterações a este nível.
- Dos aspectos assinalados pela a maioria dos utentes que se sentem prejudicados salientam-se a qualidade global do serviço prestado [o que já seria de esperar uma vez que a maioria dos utentes sujeitos à transferência para

o HSJ assinalou uma perda na qualidade global do serviço prestado (60,00%)], o tempo dispendido na sala de espera [resultado também já esperado dado a maioria dos utentes sujeitos à transferência para o HSJ terem apontado um aumento do tempo de espera imediatamente antes da consulta (67,44%). Por outro lado, o tempo de espera é comumente considerado um dos principais indicadores de qualidade (McCarthy, McGee e O'Boyle, 2000) daí que a percepção de prejuízo no âmbito do tempo de espera se reflecta também na qualidade global] e a duração da consulta [resultado inesperado uma vez que a maioria dos utentes sujeitos à transferência para o HSJ após o encerramento do HD (70,23%) considera não terem ocorrido alterações a nível do tempo de duração da consulta de MI].

- Segundo o modelo de regressão ordinal, o sentimento de prejuízo após o encerramento do HD, veio a diminuir a probabilidade de superar as expectativas iniciais relativamente ao serviço prestado na consulta de MI no HSJ, não mostrando, no entanto, significância estatística para que pudesse ser considerado preditivo de variáveis que inclusivamente se associam ao cumprimento das expectativas como seja, por exemplo, a satisfação (Kravitz, 2001; Bell et al, 2002; Caetano, 2007) ou a lealdade (Lin et al, 2009) .
- Por último, e de acordo com os autores que têm vindo a ser citados, os utentes que sentiram que o tempo de espera imediatamente antes da consulta se tornou mais longo, que perceberam uma perda de qualidade no serviço prestado, que assinalam uma maior dificuldade na obtenção da consulta e/ou que se sentem prejudicados com a transferência da consulta de MI do HD para o HSJ, têm tendencialmente expectativas acerca da consulta mais baixas, o cumprimento dessas expectativas atinge níveis também mais baixos, percebem uma menor qualidade global, são globalmente menos satisfeitos, são menos leais e a probabilidade de recomendarem o serviço de MI do HSJ é também menor.

### **Razões para a Não Comparência à Consulta Marcada de MI**

Em jeito de síntese, destacam-se como principais razões para não comparecer às consultas:

- O tempo de espera imediatamente antes da consulta, não se observando diferenças entre o grupo I (HD) e o grupo II (HSJ). Note-se que vários estudos têm sugerido os

impactos negativos do tempo de espera imediatamente antes da consulta na satisfação do utente como os de Feddock et al (2005) ou o estudo referente à avaliação da qualidade apercebida e satisfação do utente nos hospitais EPE na valência de consultas externas (Ministério da Saúde, 2006) que revelou o tempo de espera como um ponto fraco, de carácter principal dado o seu importante impacto na satisfação do utente, e como a primeira variável de actuação prioritária;

- ☐ Os gastos totais inerentes à realização de uma consulta, mais uma vez não se detectando diferenças entre os grupos. Razão apontada como sendo a mais frequente nos estudos de Akande e Abdulraheem (2005) e citada também por Ngwenya, vanZyl e Webb (2009).
- ☐ O tempo de viagem, com uma maior proporção de utentes do grupo II (HSJ), também apontada por Akande e Abdulraheem (2005).

No espaço dedicado a outras razões que motivaram a não comparência às consultas de Mi destacam-se a indisponibilidade da pessoa de que depende para o transporte para o HSJ, o esquecimento/confusão com o dia da consulta, estar fora de Lisboa na data da consulta e ter agendada outra consulta no mesmo dia, todas estas razões também mencionadas nos trabalhos de Akande e Abdulraheem (2005), Hon et al (2005) e Ngwenya, vanZyl e Webb (2009).

## 7. CONCLUSÕES/SUGESTÕES

Chegada a etapa final do presente trabalho é altura de reflexão.

Dado o contexto marcado pelo encerramento do HD com a consequente reorganização e integração de serviços em outros hospitais da cidade de Lisboa, urge a necessidade de estudar o impacto do fenómeno no acesso da população aos serviços de saúde. Como contributo, surge o presente estudo cujos objectivos norteadores da investigação são atingidos depois de percorrido um longo percurso. Para tal procedeu-se a uma estabilização do quadro conceptual através de uma revisão de literatura que possibilitasse, não só enquadrar o problema no seio do estado da arte, como também identificar as variáveis mais relevantes, as relações mais importantes entre elas, e o modo como costumam ser operacionalizadas. Terminada esta fase, é concluído o quadro de referência para o estudo do acesso à consulta de MI do HSJ que não é mais que a materialização do contributo dos vários marcos teóricos no estudo do acesso a serviços de saúde. Cabe salientar que esta fase é marcada pela complexidade e extrema dificuldade na definição do conceito de acesso, abordado de múltiplas formas, mais ou menos reducionistas, pelos diversos autores ao longo do tempo.

Para responder aos objectivos delineados foi levado a cabo o presente estudo epidemiológico, transversal e analítico que, através da aplicação de dois questionários por via telefónica, possibilitou a recolha de dados cuja análise sugere que o modelo conceptual previamente construído se adequa ao contexto estudado.

Desta análise parece verificar-se:

- existirem diferenças no acesso potencial entre o grupo I (HD) e o grupo II (HSJ) nomeadamente no que diz respeito à idade, às expectativas antes da última consulta, ao estado civil, ao número de crianças residentes na mesma casa do respondente, à escolaridade, à percepção sobre acessibilidade física ao HSJ, à distância e tempo de viagem do domicílio ao HSJ e à situação profissional;
- existirem diferenças no acesso realizado entre o grupo I (HD) e o grupo II (HSJ) nomeadamente no que toca ao número de consultas marcadas, em 2008 no HSJ a que o utente não compareceu, à percepção sobre a qualidade do atendimento pelo administrativo, ao tempo de espera antes da consulta, ao nível de qualidade percebida acerca das informações recebidas pelo médico sobre o seu próprio estado de saúde, ao envolvimento na decisão terapêutica, ao cumprimento das

---

expectativas, à qualidade global percebida, à satisfação global, à lealdade e à probabilidade de recomendação do serviço de MI do HSJ a familiares, amigos ou colegas;

- ☐ que após o encerramento do HD houve um aumento do tempo de espera imediatamente antes da consulta, que se verificou uma perda de qualidade global no serviço prestado, que se notou uma perda de facilidade na obtenção da consulta de MI e que a maioria dos antigos utentes da consulta de MI do HD sente-se prejudicada na transferência da consulta de MI para o HSJ e;
- ☐ que o tempo de espera imediatamente antes da consulta, o tempo de viagem e os gastos totais inerentes à realização de uma consulta constituem as principais razões para não comparecer a uma consulta marcada.
- ☐ que o facto de pertencer ao grupo I (HD) aumenta a probabilidade de não comparecer à consulta marcada, diminui a probabilidade de perceber níveis elevados na qualidade do atendimento pelo administrativo, aumenta a probabilidade de perceber tempos de espera mais longos, diminui a probabilidade de satisfação com o serviço recebido, diminui a probabilidade de ser leal à consulta de MI do HSJ e diminui a probabilidade de recomendar este serviço a familiares, amigos e colegas.

Mesmo considerando que todos os objectivos delineados no projecto de investigação foram atingidos, é de salientar que foram diversas as limitações para a realização deste estudo. Dada a complexidade e abrangência do conceito de acesso a serviços de saúde, agravadas pela sua estreita relação com valores como a equidade ou a justiça social também eles extremamente complexos, destaca-se a impossibilidade de operacionalizar todas as variáveis que se relacionam e influenciam o acesso a serviços de saúde.

Cabe salientar que, embora o tema de acesso a serviços de saúde seja amplamente estudado, fez-se sentir uma grande escassez de bibliografia referente à avaliação do acesso perante um contexto de mudança organizacional provocada pelo encerramento de unidades de saúde.

Por outro lado, fez-se sentir a falta de um conhecimento mais abrangente mas também mais detalhado do contexto de mudança organizacional inerente à transferência do serviço de consulta externa de MI do HD para o HSJ, nomeadamente no que diz respeito à adaptação das

---

instalações para receber mais utentes, a reorganizações no âmbito dos recursos humanos ou à informação cedida ao utente.

Outro aspecto a considerar é o facto de apenas os utentes do serviço de consulta externa de MI foram contemplados nesta investigação. No entanto, outros grupos de utentes, pertencentes a outros serviços sofreram as mudanças associadas ao encerramento do HD.

Por outro lado, a validação dos instrumentos de colheita de dados realizada pode constituir também uma limitação ao estudo. Devido aos constrangimentos do tempo disponível para a realização do mesmo, apenas foi possível submeter as diferentes versões dos instrumentos à apreciação de peritos e a realização do respectivo pré-teste.

Margem delimitadora de qualquer processo de investigação, a metodologia de investigação seleccionada encerra em si limitações que devem ser igualmente consideradas na análise dos resultados obtidos. Como exemplo, pode referir-se o facto de não ser possível manipular variáveis ao realizar a comparação dos grupos, acarretando assim a impossibilidade de testar com rigor a existência de relações causais com o encerramento do HD ou limitações como a falácia ecológica levando à inferência causal inadequada sobre fenómenos individuais quando a observação é realizada em grupos de indivíduos.

No entanto, estas limitações não constituíram impedimento para validar os resultados do estudo efectuado bem como as conclusões que se retiraram a partir da análise dos mesmos.

No espaço aberto a recomendações, seria interessante sugerir,

**Aos decisores políticos:**

Que no desenho e implementação de políticas de saúde não ignorem a concretização dos valores e princípios de referência do sistema de saúde, principalmente os que se relacionam com o acesso a serviços de saúde: justiça social, universalidade, equidade, respeito pela pessoa humana, solidariedade, continuidade, entre outros;

Que garantam que as estratégias de saúde implementadas sejam promotoras de acção e se orientem para a concretização de metas *smart* (específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e calendarizadas) através das quais sejam salvaguardados os valores e finalidades em saúde previamente considerados na implementação das políticas de saúde acima referidas;

Que promovam a realização regular de estudos que visem a avaliação e monitorização do acesso a serviços de saúde da população, em especial de grupos de risco como por



---

exemplo os mais pobres, os emigrantes, em particular os indocumentados, ou os utentes implicados nos casos de encerramento/reorganização de unidades de saúde.

**Às unidades de saúde:**

Que os seus gestores tirem partido do conhecimento que detêm acerca da própria organização, acerca do sistema de saúde, acerca da dinâmica da prestação de cuidados e acerca de si próprios a fim de potenciar, especialmente no contexto marcado pelo encerramento de uma unidade de saúde, a diminuição dos tempos de espera imediatamente antes das consultas, promover o conhecimento das expectativas dos utentes e trabalhar em direcção ao seu cumprimento ou mesmo superação, promover a qualidade apercebida e consequentemente a satisfação do utentes que, por sua vez, é descrita na literatura como fortemente associada a bons resultados em saúde.

**Aos utentes:**

No contexto de mudança organizacional marcado pelo encerramento de unidades de saúde, que procurem a informação disponibilizada sobre alternativas no acesso a cuidados de saúde e que sigam as recomendações das entidades competentes.

**À pesquisa científica:**

A realização de um estudo que aborde os aspectos que limitaram esta análise.

A replicação do estudo em outras áreas geográficas, em outro tipo de serviços e comparando, por exemplo, raças/grupos étnicos;

A construção de um instrumento que meça acesso e respectiva validação através do cálculo da sua consistência interna;

A abordagem do tema do acesso a serviços de saúde numa perspectiva qualitativa utilizando técnicas como a entrevista não-estruturada ou semi-estruturada, conduzida individualmente ou através de grupo focais.

Com as referidas sugestões é terminado o presente relatório, não querendo deixar de salientar que este estudo foi para a mestrandia de sinónimo de grande motivação, aprendizagem, crescimento e ampliação de conhecimentos. Tomara que constitua também um legado para todos aqueles que, iniciando o seu percurso na investigação, partilham o fascínio pela Saúde Pública e pelas questões do acesso em particular!

---

## 8. BIBLIOGRAFIA

ACCURCIO, Francisco; GUIMARÃES, Mark Drew – **Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão da literatura.** Cadernos de Saúde Pública. Vol. 12, nº 2 (Abril - Junho 1996), p. 233-242. [Acedido a 18/12/2007]. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1508.pdf>

ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald - **A framework for the study of access to medical care.** Health Services Research. (1974), p. 208-220. [Acedido a 19/11/2007]. Disponível na Internet: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1071804&blobtype=pdf>

ADLER, Leta; GOIN, Marcia; YAMAMOTO, Joe – **Failed psychiatric clinic appointments. Relationship to social class.** California Medicine. Vol. 99, nº6 (Dezembro, 1963), p. 388-392.

AGUILAR, Patricia [et al] – **Bases conceptuales y metodológicas de la encuesta nacional de salud II.** Salud Pública de México. Vol. 40, nº 1 (Janeiro - Fevereiro 1998), p.76-85. [Acedido a 28/12/2007]. Disponível na Internet: [http://www.insp.mx/rsp/\\_files/File/1998/BASES401.pdf](http://www.insp.mx/rsp/_files/File/1998/BASES401.pdf)

AKANDE, T.; ABDULRAHEEN, I. – **A study on defaulters in consultant paediatric, medical and surgical outpatient clinics at the university of Ilorin teaching hospital, Ilorin, Nigeria.** The Tropical Journal of Health Sciences. Vol. 12 (2005), p. 31-34.

ANDERSEN, Ronald – **Health Status Indices and Access to Medical Care.** American Journal of Public Health. Vol. 68, nº 5 (Maio 1978), p. 458-463.

ANDERSEN, Ronald [et al] - **Exploring dimensions of access to medical care.** Health Services Research. Vol. 18, nº 1 (Primavera 1983) p. 49-74. [Acedido a 22/11/2007]. Disponível na Internet: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1068709&blobtype=pdf>

---

ANDERSON, Roger; CAMACHO, Fabian; BALKRISHNAN, Rajesh – **Willing to wait? The influence of patient wait time on satisfaction with primary care.** BMC Health Services Research. Vol. 31, nº7 (2007), p. 1-5.

ARAGON, Stephen – **Commentary: a patient-centered theory of satisfaction** – American Journal of Medical Quality. Vol. 18, nº6 (Novembro 2003), p. 225-228.

BAILEY, Kenneth – **Methods of social research**. 4ª ed. USA: The Free Press, 2007. ISBN 0029012791.

BAR-DAYAN, Yaron [et al] – **Waiting time is a major predictor of patient satisfaction in a primary military clinic.** Military Medicine. Vol. 167, nº10 (Outubro, 2002), p. 842-845.

BARKER, David – **Practical epidemiology**. 3ª ed. New York: Churchill Livingstone, 1982. ISBN 0443022607.

BARRON, William – **Failed appointments. Who misses them, why they are missed and what can be done.** Primary Care. Vol. 7, nº4 (Dezembro, 1980), p. 563-564.

BATALDEN, Paul.; NELSON, Eugene - **Hospital quality; patient, physician and employee judgements** - International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 3, Nº4, (1990) p.7.

BEAGLEHOLE, R; BONITA, R.; KJELLSTRÖM, T. – **Epidemiologia básica**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

BEATE, Jenny; SKORPEN, Johnsen; MATTERUD, Kirsti – **What did the doctor say – What did the patient hear? Operational knowledge in clinical communication.** Family Practice. Vol. 14, nº5 (1997), p. 382-386.

BELL, Robert [et al] – **Unmet Expectations for Care and the Patient-physician Relationship.** Journal of General Internal Medicine. ISSN 0884-8734. Vol.17, nº11 (Novembro 2002), p. 817-824.

---

BISCAIA, André – **A reforma do pensamento em saúde** - Revista Portuguesa de Clínica Geral. Nº22, (2006) p.63-64.

BITNER, Mary; HUBBERT, Amy. **Encounter Satisfaction versus Overall Satisfaction versus Quality the Customer's Voice**. In: RUST, Roland.; OLIVER, Richard. coord. Service Quality New Directions in Theory and Practice. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994. p.72-94.

BOWER, Peter [et al] – **Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey**. BMJ. Vol. 326, nº6 (Fevereiro, 2003), p. 1-5.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. – **Defining equity in health**. Journal of Epidemiology and Community Health. ISSN 0143-005X. Vol. 57, nº 4 (2003), p. 254-258.

CABRAL, Manuel – **Cidadania política e equidade social em Portugal**. Celta Editora: Oeiras, 1997. ISBN: 9728027796.

CABRAL, Manuel; SILVA, Pedro – **O estado da Saúde em Portugal: Acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa – evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais**. Imprensa de Ciências Sociais: Lisboa, 2009. ISBN: 978-972-671-248-0.

CAETANO, Paula. – **Sistema de avaliação da qualidade apercebida e satisfação do utente dos hospitais EPE**. Lisboa: 2007. Relatório de estágio do Mestrado em Estatística e Gestão da Informação, apresentado à Universidade Nova de Lisboa.

CHITTY, Bill; SOUTAR, Geoffrey - **Is The European Customer Satisfaction Index Model Applicable to Tertiary Education?** S.d. [Acedido a 22/08/2008]. Disponível na Internet: <http://smib.vuw.ac.nz:8081/WWW/ANZMAC2004/CDsite/papers/Chitty1.PDF>

CHUNG, Joanne; WONG, Thomas; YEUNG, Andrew – **Non-attendance at an orthopaedic and trauma specialist outpatient department of a regional hospital**. Journal of Nursing Management. Vol. 12, nº5 (Agosto, 2004), p. 362-367.

---

COOPER, Sharon – **Non adherence with treatment and non attendance policy learning disability service**. Professional Forum Integrated Clinical Governance, 2009. [consult. 22 Mar 2010]. Disponível em <http://www.walsallcommunityhealth.nhs.uk>

CUNHA, Pedro – **Lisboa: utentes contestam fecho de hospitais sem novas unidade de saúde**. Público. (9 de Fevereiro de 2006). Disponível na internet: [http://www.publico.clx.pt/Local/lisboa-utentes-contestam-fecho-de-hospitais-sem-nova-unidade-de-saude\\_1247346](http://www.publico.clx.pt/Local/lisboa-utentes-contestam-fecho-de-hospitais-sem-nova-unidade-de-saude_1247346)

DADEY, Kate – **Refugee health: A gender comparison in health care access**. Canadá: 2008. Dissertação apresentada à Ryerson University, no âmbito do Master of arts in the program of immigration and settlement studies.

DATTALO, Patrick – **Determining sample size: Balancing Power, precision and practicality**. University Press: Oxford, 2008. ISBN 978-0-19-531549-3

**Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea**. Vol. I. Lisboa: Editora Verbo (2001), p. 1839, 3544.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Centros de saúde e hospitais: recursos e produção do SNS: Ano de 2002**. Lisboa, 2004.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Centros de Saúde e hospitais: recursos e produção do SNS: Ano de 2003**. Lisboa, 2005.

DONABEDIAN, Avedis – **Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them**. Milbank Memorial Fund Quarterly. Vol. 50, nº 103 (1972).

DONABEDIAN, Avedis – **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University Press, 1974. ISBN 0674049802.

DONABEDIAN, Avedis – **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003. ISBN 0-19-515809-0.

---

DYER, Philip [et al] – **Factors associated with clinical non-attendance in adults with type 1 diabetes mellitus.** Diabetic Medicine. Vol. 15, nº4 (1998), p. 339-343.

ELLING, Ray – **Theory and method for the cross-national study of health systems.** International Journal of Health Services. Vol. 24, nº 2 (1994), p. 285-309.

ELMORE, Joann; JEKEL, James; KATZ, David – **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva.** 2ª ed. Porto alegre: Artes Médicas Sul, 2005. ISBN 9788536302968.

EMANY, S. [et al] – “Patient loyalty, trust and satisfaction: Data and observations from a medical group practice”: Abstract of Academy Health Meeting. Boston: Massachussetts, 2005.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – **Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS.** Porto: Fevereiro 2009.

ENSOR, Tim; COOPER, Stephanie – **Overcoming barriers to health service access and influencing the demand side trough purchasing.** HNP Discussion Papper. (Setembro 2004). [Acedido a 05/01/2008]. Disponível na Internet:  
<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/EnsorOvercomingBarriersFinal.pdf>

FEDDOCK, Christopher [et al] – **Can Physicians Improve Patient Satisfaction with Long Waiting Times?** Evaluation & the Health Professions. Vol. 28, nº. 1 (Março 2005), p. 40-52.

FERRÃO, Ana; BISCAIA, André – **Centro de saúde – organização de aprendizagem -** Revista Portuguesa de Clínica Geral. Nº22, (2006) p.91-95.

FERREIRA, Pedro. [et al] – **Satisfação dos portugueses com os cuidados de saúde privados.** Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros – Instituto do Consumidor, 2003.

FERRINHO, Paulo – **Avaliação de Políticas de Saúde.** [projecção visual]. [2004]. 14 diapositivos: color. Universidade de Aveiro. Disponível na internet:  
[http://www.rtsaude.pt/ficheiros/RTSaude\\_Doc%5Bavaliacao\\_politicas\\_saude%5D.pdf](http://www.rtsaude.pt/ficheiros/RTSaude_Doc%5Bavaliacao_politicas_saude%5D.pdf)

---

FERRINHO, Paulo – Apontamentos obtidos nas aulas de Investigação em sistemas de serviços de saúde. Lisboa: 2007. Mestrado em Saúde e Desenvolvimento.

FERRINHO, Paulo; SIMÕES, Jorge – **O que esperar do novo PNS?**. Pensar Saúde. Ed. 0 (2009), p. 2. [Acedido a 22/03/2010]. Disponível na Internet: [http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/01/2009-12-22\\_boletim\\_pensar-saude\\_web.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/01/2009-12-22_boletim_pensar-saude_web.pdf)

FLACH, Stephen; DAMIANO, Peter – “ The relationship between and perceived access and satisfaction with care in a system experiencing increased demand”: Abstract of Academy Health Meeting. San Diego: California, 2004.

FINKELSTEIN, Murray - **Hypertension, self-perceived health status and use of primary care services**. Canadian Medical Association Journal. Vol. 162, nº 1 (Janeiro 2000), p. 45 – 46. [Acedido a 08/01/2008]. Disponível na Internet: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/162/1/45>.

FITZPATRICK, Annette [et al] – **Barriers to Health Care Access Among the Elderly and Who Perceives Them**. American Journal of Public Health. Nº 94 (Outubro 2004), p. 1788 – 1794.

FORTIN, Marie – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-10-X.

FREEMAN, Howard; COREY, C. – **Insurance status and access to health services among poor persons**. Health Services Research. Vol. 28, nº 5 (Dezembro 1993), p. 527 – 529. [Acedido a 08/01/2008]. Disponível na Internet: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1069962>.

FRENK, Júlio; WHITE, Kerr L. – **The concept and measurement of accessibility** – Washington, D.C, Pan American Health Organization, 1992.

GERVAIS, Marie – **Chinese health beliefs and the health service**. Londres: School of Economics and Political Science, 2002. [Acedido a 09/01/2008]. Disponível na Internet: <http://www.fathom.com/feature/122088/index.html>.

---

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamim – **O inquérito: teoria e prática**. 4ª ed. Oeiras: Celta Editora, 2005. ISBN 972-774-120-7.

GIL, António – **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2007. ISBN: 8522422702.

GOLD, Marsha – **Beyond coverage and supply: measuring access to health care in today's market**. Health Services Research. Vol. 33, nº 3 (Agosto 1998), p. 625-684.

GONÇALVES, L. – **Alguns tópicos de bioestatística: amostragem, análise exploratória de dados, estatística descritiva e inferência estatística**. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2006. I Mestrado em Saúde e Desenvolvimento - Sebenta da Unidade Curricular Bioestatística.

GORNICK, Marian; EGGERS, Paul; RILEY, Gerald – **Associations of race, education, and patterns of preventive service use with stage of cancer at time of diagnosis**. Health Services Research. Vol. 39, nº5 (Outubro 2004), p. 1403-1428. [Acedido a 09/01/2008]. Disponível na Internet: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1361076>

GROSSMAN, Michael; KAESTNER, Robert - Effects of Education on Health. In: BERHMAN, Jere; NEVZER, Stacey, The Social Benefits of Education. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1997. p. 69-124.

GRUNBACH, K.; VRANIZAN, K.; BINDMAN, A. – **Physician supply and access to care in urban communities**. Health Affairs. Vol. 16, nº 1 (1997), p. 71-86.

GULLIFORD, Martin [et al] - **Access to health care: report of a scoping exercise for the national co-ordinating centre for NHS service delivery and organisation R & D**. Londres: King's College - Department of Public Health Sciences, Fevereiro 2001. [Acedido a 28/12/2007]. Disponível na Internet: [http://phs.kcl.ac.uk/martin/accessscopingexercise\\_report.pdf](http://phs.kcl.ac.uk/martin/accessscopingexercise_report.pdf)



---

GULLIFORD, Martin [et al] – **What does ‘access to health care’ mean?** Londres: King’s College - Department of Public Health Sciences, 2002. [Acedido a 20/12/2007]. Disponível na Internet: <http://phs.kcl.ac.uk/martin/access.pdf>

LAPÃO, Luís – **Desafios da complexidade no desenvolvimento de uma rede de cuidados de saúde: procurando a participação do cidadão.** Revista Portuguesa de Clínica Geral. Nº23, (2007) p.755-763.

LEE, Vernon [et al] – **Predictors of failed attendances in a multi-speciality outpatient center using electronic databases.** BMC Health Services Research. Vol. 5, nº51 (2005), p. 1-8.

LESTER, Shaun; HARRIS, Steven – **Factors associated with first session non attendance at a university-based family therapy clinic.** The American Journal of Family Therapy. Vol. 35, nº4 (Julho 2007), p. 363-376.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith – **Pesquisa em enfermagem – Métodos, Avaliação crítica e utilização.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2001. ISBN 8527706598.

Hardy, Kevin; O’Brien, Sarah; Furlong, Niall – **Information given to patients before appointments and its effects on non-attendance rate.** BMJ. Vol. 323 (Dezembro 2001), p. 1298-1300.

HELBIG, Matthias [et al] – **Quality management: reduction of waiting time and efficiency enhancement in ENT – university outpatients’ department.** BMC Health Services Research. Vol. 9, nº 21 (2009), p. 1-9.

HILL, Manuela; HILL, Andrew – **Investigação por questionário.** 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. ISBN 9726182735.

HORTALE, Virginia; PEDROSA, Manoela e ROSA, Maria Luiza – **Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde.** Cadernos de Saúde

---

Pública. Vol. 16, nº 1 (Janeiro – Março 2000), p. 231-239. [Acedido a 20/12/2007].

Disponível na Internet: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v16n1/1582.pdf>

**Hospital do Desterro desactivado**. Lisboa: Ordem dos Médicos, 2006. [Acedido a 09/01/2008]. Disponível na internet:

[http://www.medi.com.pt/medicom/breve\\_dentro.asp?id=471](http://www.medi.com.pt/medicom/breve_dentro.asp?id=471)

HOZ, Karoline; LEON, David – **Self-Perceived Health Status and Inequalities in Use of Health Services in Spain**. International Journal of Epidemiology. ISSN 0300-5771. Vol.25, nº3 (1996), p. 593-603.

HUGHES, Patricia; KERR, Ian – **Transference and countertransference in communication between doctor and patient**. Advances in Psychiatric Treatment. Vol. 6 (2000), p. 57-64.

INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL DAS NAÇÕES UNIDAS - **Conference news. Equitable access to health care and infectious disease control: concepts, measurement and interventions**, 2007. [consult. 17 Jan 2010]. Disponível em [http://www.who.int/tdr/publications/publications/conference\\_news.htm](http://www.who.int/tdr/publications/publications/conference_news.htm).

INTERNATIONAL FORUM ON COMMON ACCESS TO HEALTH CARE SERVICES – programme statement (joint declaration), Chile 2005.

JOOS S.; HICKAM D.; BORDERS, L. – **Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics**. Public Health Reports. ISSN 0033-3549. Vol. 108, nº6 (Nov.-Dez. 1993), p. 751-759.

JUSTO, Cipriano – **Acesso e utilização dos cuidados de saúde: Estado da arte**. (s.d.).

[Acedido a 28/12/2007]. Disponível na internet:

<http://www.observaport.org/OPSS/Menu/Cidadao/Acesso+e+utilizacao+dos+cuidados+de+saude/Estado+da+arte/estado+da+arte.htm>

KENAGY, John; BERWICK, Donald; SHORE, Miles – **Service quality in health care**. Journal of the American Medical Association. Vol. 281, nº7 (Fevereiro 1999), p. 661-665.

KLECKA, William; TUCHFARBER, Alfred - **Random digit dialing- A comparison to personal surveys.** Public Opinion Quarterly. Nº 42, (1978), p.105-114.

KOSZEGI, Botond – **Emotional agency: The case of the doctor-patient relationship.** [Consult. 22 Mar. 2010]. Disponível em <http://elsa.berkeley.edu/~botonfd/doctors.pdf>

KRAVITZ, Richard – **Measuring Patients' Expectations and Requests.** Annals of Internal Medicine. ISSN 0003-4819. Vol. 134, Nº 9 (Maio 2001), p. 881-888.

KRUSE, Gina; ROHLAND, Barbara; WU, Xiaoyan – **Factors associated with missed first appointments at a psychiatric clinic.** Psychiatric Services. Vol. 53, nº9 (Setembro 2002), p. 1173-1176.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina – **Metodologia do trabalho científico.** 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2006. ISBN: 85-224-0859-9.

LEI nº. 48/90 de 24 de Agosto. Diário da República I Série. Nº 195 (24/08/1990), p. 3452-3459.

LIN, Deng-Juin [et al] – **Measuring patient's expectations and the perception of quality in Lasik Services.** Health and Quality of Life Outcomes. Vol. 7, nº63 (Julho 2009), p. 1-8.

LLOYD, Margaret; BRADFORD, Caroline; WEBB, Sarah – **Non-attendance at outpatient clinics: is it related to the referral process?.** Family Practice. Vol. 10, nº2 (1993), p. 111-117.

LOURENÇO, Joaquim – **Terapêutica Nutricional, uma prática essencial no combate à Malnutrição.** Nutrinews. Nº 10 (Novembro 2008). [Acedido a 19/09/09]. Disponível na Internet: [http://www.nutricia.pt/pdf/NutriNews\\_Numero\\_10\\_NutriAction.pdf](http://www.nutricia.pt/pdf/NutriNews_Numero_10_NutriAction.pdf)

LOUVISON, Marília [et al] – **Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo.** Revista de Saúde Pública. Vol. 42, nº 4 (2008), p. 733-740.

---

MACKIAN, Sara – **A review of health seeking behaviour: problems and prospects.**

Manchester: University of Manchester, 2003. [Acedido a 09/01/2008]. Disponível na Internet: [http://www.hsd.lshtm.ac.uk/publications/hsd\\_working\\_papers/05-03\\_health\\_seeking\\_behaviour.pdf](http://www.hsd.lshtm.ac.uk/publications/hsd_working_papers/05-03_health_seeking_behaviour.pdf).

MADHOK, Rajan; HAMEED, Aqueela; BHOPAL, Raj – **Satisfaction with health services among the Pakistani population in Middlesbrough, England .** Journal of Public Health Medicine. Vol. 20, nº3 (1998), p. 295-301.

MAROCO, João – **Análise Estatística com utilização do SPSS.** 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. ISBN 978-972-618-452-2

MARQUES, J. – **Avaliação da satisfação de utentes e profissionais num contexto de mudança organizacional, o projecto alfa.** Lisboa: 1997. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, no âmbito do Curso de Administração Hospitalar.

MARTIN, Chris; PERFECT, Tracey; MANTLE, Greg – **Non-attendance in primary care: the views of patient and practices on its causes, impact and solutions.** Family Practice. nº22 (Julho 2005), p. 638-643.

McCARTHY, Siobhan; McGEE, Hanna; O'BOYLE, Ciaran – **Outpatient clinic waiting times and non-attendance as indicators of quality.** Psychology, Health & Medicine. Vol. 5, nº3 (Agosto, 2000), p. 287-293.

McINTYRE, Di; MOONEY, Gavin - **The economics of health equity.** Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

McIVOR, Ronan; EK, Emma; CARSON, Jerome – **Non-attendance rates among patients attending different grades of psychiatrist and a clinical psychologist within a community mental health clinic.** Psychiatric Bulletin. nº28 (2004), p. 5-7.

MILLMAN, Michael – **Access to Health Care in America.** Institute of Medicine, Committee on Monitoring Access to Personal Health Services. Washington, DC: National Academy Press, 1993. [Consult. 21 Ago. 2009]. Disponível em

[http://books.google.pt/books?id=Qnr5-](http://books.google.pt/books?id=Qnr5-OfpMp8C&pg=PP1&dq=access+to+health+care+in+america&ei=gAv3SurkKYSUNZvL_dYO#v=onepage&q=&f=false)

[OfpMp8C&pg=PP1&dq=access+to+health+care+in+america&ei=gAv3SurkKYSUNZvL\\_dYO#v=onepage&q=&f=false](http://books.google.pt/books?id=Qnr5-OfpMp8C&pg=PP1&dq=access+to+health+care+in+america&ei=gAv3SurkKYSUNZvL_dYO#v=onepage&q=&f=false)

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Sistema de avaliação da qualidade apercebida e satisfação do utente nos hospitais EPE 2005**. Instituto Português da Qualidade: Lisboa, Julho 2006.

[Acedido em 14/10/2008]. Disponível na Internet: [http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/D0C30602-9F7E-42E1-939A-34917D294F9B/4425/Apres\\_HEPE2005.pdf](http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/D0C30602-9F7E-42E1-939A-34917D294F9B/4425/Apres_HEPE2005.pdf)

MOREIRA, Carlos – **Planeamento e estratégias da investigação social** – Universidade Técnica de Lisboa. Instituto superior de Ciências sociais e políticas. Lisboa, 1994

MURRAY, Christopher; FRENK, Julio – **A framework for assessing the performance of health systems**. World Health Organization. Vol. 78, nº 6 (2000). [Acedido a 23/12/2007].

Disponível na internet: <http://www.scielo.org/pdf/bwho/v78n6/v78n6a04.pdf>

NGWENYA, B.; vanZYL, D.; WEBB, E. – **Factors influencing non-attendance of clinic appointments in diabetic patients at Gauleng hospital in 2007-2008**. JEMDSA. Vol. 14, nº2 (2009), p. 106-109.

NISEN, Jeffrey; SCHWERTMAN, Neil – **A simple method of computing the sample size for Chi-square test for the equality of multinomial distributions**. Computational Statistics & Data Analysis. ISSN 0167-9473. Vol. 52, nº 11 (Julho 2008), p. 4903-4908.

O'LOUGHLIN, Christina; COENDERS, Germà - **Application of the European Customer Satisfaction Index to Postal Services. Structural Equation Models versus Partial Least Squares**. Girona: Universidade de Girona – Espanha. Setembro de 2002.

OLIVEIRA, Evangelina; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília – **Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Saúde Pública. ISSN 0102-311X. Vol. 20, Nº.2 (Rio de Janeiro 2004).

[Acedido a 10/12/2007]. Disponível na internet: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800023&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800023&script=sci_arttext)

OLIVER, Adam; MOSSIALOS, Elias – **Equity of access to health care: outlining the foundations for action.** Journal of Epidemiology and Community Health. ISSN 1470-2738 Vol. 58, nº8 (2004), p. 655-658. [Acedido a 30/12/2007]. Disponível na internet: <http://jech.bmj.com/cgi/reprint/58/8/655>

OLIVER, Richard - **Whence consumer loyalty?** Journal of Marketing, Nº63, (1999). P. 33-44.

OLIVER, Susan – **Living with failing lungs: the doctor-patient relationship.** Family Practice. Vol. 18, nº4 (2001), p. 430-439.

OMS – **World health report 2000- Health Systems: Improving Performance.** Genebra: OMS, 2000.

ORDEM DOS MÉDICOS – **Hospital do Desterro desativado.** 2006. [Acedido a (09/01/2008)]. Disponível na Internet: [http://www.medi.com.pt/medicom/breve\\_dentro.asp?id=471](http://www.medi.com.pt/medicom/breve_dentro.asp?id=471)

PARDAL, Luís; CORREIA, Eugénia — **Métodos e Técnicas de Investigação Social.** Porto: Areal Editores, 1995.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J William – **The concept of Access: Definition and relationship to consumer satisfaction.** Medical Care. Vol. 19, nº 2 (Fevereiro 1981), p. 127-140.

PEREIRA, Maurício Gomes – **Epidemiologia: teoria e prática.** 1ª ed. Brasília: Guanabara Koogan, 1995. ISBN 85-227-0356-4.

PHILLIPS, Kathryn [et al] - **Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization.** Health Services Research. Vol. 33, nº 3 (Agosto 1998), p. 571-596. [Acedido a 09/12/2007]. Disponível na internet: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1070277&blobtype=pdf>

---

PLATONOVA, Elena.; KENNEDY, Karen.; SHEWCHUK, Richard. - **Understanding Patient Satisfaction, Trust, and Loyalty to Primary Care Physicians.** Medical Care Research and Review. ISSN 1077-5587. Vol. 65, nº 6 (Dezembro 2008), p. 696-712.

PISSARRA, Paula – *Sebenta de Probabilidades e Estatística* – Escola Superior de Enfermagem da Guarda, 2001.

PIERCE, Carolyn – **Distance and access to health care for rural women with hearth failure.** Online Journal of Rural Nursing and Health Care. Vol. 7, nº 1 (2007) p. 27-34. [Acedido a 16/01/2010]. Disponível na internet: <http://www.rno.org/journal/index.php>

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette – **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. ISBN: 8573079843.

PORTUGAL. **Constituição da República Portuguesa.** Capítulo II, Artigo 64º. 2005. [Acedido a 28/12/2007]. Disponível na internet: [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/Sistema Politico/Constituicao/constituicao\\_p07.htm](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/Sistema_Politico/Constituicao/constituicao_p07.htm)

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010.** 2004. [Acedido a 22/03/2010]. Disponível na internet: [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1\\_04.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_04.html)

PUBLICO – **Contra encerramentos: Sindicalistas protestam em frente ao Ministério da Saúde.** Público. (24/05/2006).

REMOR, Eduardo – **Aspectos Psicossociais na Era dos Novos Tratamentos da AIDS.** Madrid: Universidade Autónoma de Madrid – Faculdade de Psicologia. Vol. 18, nº 3 (Setembro/Outubro 2002), p. 283-287.

RICKETTS, Thomas; GOLDSMITH, Laurie – **Access in health services research: The battle of the frameworks.** Nursing Outlook. Vol. 53, nº 6 (Novembro 2005), p. 274-280.

---

ROBERGE, Danièle [et al] – **Loyalty to the regular care provider: patient's and physician's views.** Family Practice – Oxford University journal. Vol. 18, nº1 (2001), p. 53-59.

ROEMER, Milton – **Bed supply and hospital utilization: A natural experiment.** Hospitals. Vol. 35, nº21 (1961) p. 36-42.

ROSENBACH, Margo; DAYHOFF, Debra – **Access to Care in Rural America: Impact of Hospital Closures.** Health Care Financing Review. Vol. 17, nº 1 (1995), p. 15-37.

RUDIO, Franz – **Introdução ao projecto de pesquisa científica.** 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1979.

SALAZAR, Ana; COSTA, Jorge; RITA, Paulo – **Relationship between Service Quality, Customer Satisfaction and Behavioural Intentions: A Study on the Hospitality Sector.** Murcia, Spain: Proceedings of the 33rd EMAC (European Marketing Academy Conference), Maio 2004. [Acedido a 30/12/2007]. Disponível na internet:  
[http://www.institutodeturismo.org/multimedia/paperEMAC\\_salazar\\_rita\\_costa.pdf](http://www.institutodeturismo.org/multimedia/paperEMAC_salazar_rita_costa.pdf)

SAKELLARIDES, Constantino - **El valor de la salud e su “gobierno” en un mundo globalizado posmoderno: el encuentro de la Bella y la Bestia.** Humanidades Médicas. Vol.1, nº 3 (2003), p. 91-100.

SANTOS, O. [et al] – **Os centros de saúde em Portugal: determinantes da satisfação com o funcionamento actual & prioridades de reforma. Uma abordagem qualitativa.** Missão para os Cuidados de Saúde Primários, (s.d.). [Acedido a 18/01/2007]. Disponível na internet:  
<http://www.mcsp.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B63C63AB-0098-4B55-AD12-3B8617203086/8546/OsCSemPortugalIHMT20070613Sumário.pdf>

SANTOS, Manoel [et al] – **Programa de Educação em Saúde: expectativas e benefícios percebidos por pacientes diabéticos.** Revista de Enfermagem – Universidade de Enfermagem do Rio de Janeiro. Vol. 17, nº 1 (Janeiro/Março 2009), p. 57-63.



---

SCHEPPERS, E. [et al] – **Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review.** Oxford: Oxford University Press, 2006. [Acedido a 30/12/2007].  
Disponível na internet: <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/3/325>

SERRA, Cristina – **Ministro ignora fecho.** Correio da Manhã. (09/02/2006)

SHAVERS, Vickie [et al] – **Perceived access to health care and its influence on the prevalence of behavioural risks among urban African Americans.** Journal of the National Medical Association. ISSN 0027-9684. Vol. 94, nº 11 (Novembro 2002), p. 952-962.

SHEAFF, Rod – **Towards a global theory of health systems: Milton Roemer's National Health Systems of the World.** Health Care Analysis. Vol. 6, nº 2 (Junho 1998), p. 150-162.

SHUMAN, Amy; SHAPIRO, Jeremy – **The effects of preparing parents for child psychotherapy on accuracy of expectations and treatment attendance.** Community Mental Health Journal. Vol. 38, nº1 (Fevereiro 2002), p. 3-16.

TRAVASSOS, Cláudia . **Fórum: equity in access to health care. Introduction.** Cadernos de Saúde Pública. Vol. 24, nº 5 (Maio 2008), p. 1159-1161. [Acedido a 17/01/2010].  
Disponível na Internet: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000500023](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500023)

**TSF – Vinte mil assinaturas contra encerramento de hospital.** Lisboa: 12 Mar. 2006.  
[Consult. 10 Out. 2009]. Disponível em  
[http://tsf.sapo.pt/paginainicial/interior.aspx?content\\_id=876940](http://tsf.sapo.pt/paginainicial/interior.aspx?content_id=876940)

VARGAS, Soyane - **Metodologia de ensino-aprendizagem para pessoas idosas.** Buenos Aires: [Acedido a 30/12/2009]. Disponível na internet:  
<http://www.efdeportes.com/efd39/idosas.htm>

WALLACE, Steven; GUTIÉRREZ, Verónica – **Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities.** Rev Panam Salud Publica. Vol. 17, nº 5-6 (Maio – Junho 2005), p. 394-409.

---

Zacker, Joseph; Bard, Morton – **Adaptative resistance to change in a community.**

American Journal of Community Psychology. Vol. 1, nº1 (1973), p. 44-49.

ZUCCHI, Paola; NERO, Carlos; MALIK, Ana Maria – **Gastos em saúde: os factores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde

Pública da Universidade de São Paulo, 2000. [Acedido a 10/11/2007]. Disponível na internet:

<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Sala305.pdf>



## ANEXOS



## **ANEXO I**

### **Plano de operacionalização das variáveis**

**Objectivo Específico:** Verificar se existem diferenças nos componentes de *Acesso Potencial* (características a nível da população, a nível do ambiente externo e a nível da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José) à consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, entre o Grupo I (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) e o Grupo II (utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, no período acima descrito);

Ítem	Objectivo do Ítem	Classificação da Variável	Escala de Resposta	Notação na Base de Dados
I-16 II-13	Avaliar o estado de saúde percebido	Qualitativa Ordinal	1. Muito bom 2. Bom 3. Razoável 4. Mau 5. Muito mau 88. Não sabe 99. Recusa	ESAUDE
I-11 II-8	Conhecer o sentido e dimensão das expectativas do utente em relação à última consulta de Medicina Interna que realizou no HSJ	Quantitativa Discreta	Números Naturais de 1 a 5	EXPECTAT
	Obter dados acerca da idade do utente	Quantitativa Discreta	Classes etárias	IDADE
I-17 II-14	Obter dados acerca do estado civil do utente	Qualitativa Nominal	1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Divorciado 5. União de Facto 88. Não sabe 99. Recusa	ECIVIL
I-18 II-15	Obter dados acerca do agregado familiar do utente, nomeadamente, o número de pessoas maiores e menores de idade	Quantitativa Discreta	Números Naturais	MAIORES
				MENORES

I-19 II-16	Conhecer o grau de escolaridade do utente	Qualitativa Ordinal	1. Não sabe ler nem escrever 2. Só sabe ler e escrever 3. Primeiro ciclo 4. Ciclo preparatório (6º ano) 5. Antigo 5º ano/9ºano 6. Antigo 7º ano/12ºano 7. Curso Superior 88. Não sabe 99. Recusa	ESCOLAR
I-20 II-17	Conhecer a situação profissional do utente	Qualitativa Nominal	1. Empregado 2. Desempregado 3. Estudante 4. Doméstico 5. Reformado 6. Outra 88. Não sabe 99. Recusa	SPROFSS
	Verificar se o domicílio do utente pertence à Grande Área Metropolitana de Lisboa	Qualitativa Nominal	1. Sim 2. Não	RESIDENC
	Conhecer a distância do domicílio ao HSJ	Quantitativa Contínua	Números Naturais (em Km)	DISTANCIAHSJ
	Conhecer o tempo dispendido numa viagem do domicílio até ao HSJ	Quantitativa Contínua	Números Naturais (em Minutos)	TEMPOVIAGEM
	Conhecer o género do utente	Qualitativa Nominal	1. Masculino 2. Feminino	GENERO

**Objectivo Específico:** Verificar se existem diferenças nos componentes de *Acesso Realizado* (utilização, no período de 12 meses anteriores à colheita de dados, e satisfação) à consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, entre o Grupo I (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) e o Grupo II (utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, no período acima descrito);

Item	Objectivo do Item	Classificação da Variável	Escala de Resposta	Notação na Base de Dados
I-1 II-1	Identificar o número de consultas de Medicina Interna que o utente realizou nos últimos 12 meses no HSJ	Quantitativa Discreta	Números Naturais	NUMCONS
I-2 II-2	Identificar o número de consultas marcadas de Medicina Interna no HSJ a que o utente não compareceu nos últimos 12 meses	Quantitativa Discreta	Números Naturais	CONSFALT
I-6 II-3	a) Conhecer a percepção do respondente relativamente à acessibilidade do HSJ; b) Conhecer a percepção do respondente relativa à qualidade do atendimento da recepção da Consulta Externa de Medicina Interna	Quantitativa Discreta	Números Naturais de 1 a 5	ACESSIBI
				QATENDIM
I-7 II-4	Conhecer a avaliação que o utente faz acerca do tempo que esperou para ser atendido antes da consulta		Números Naturais de 1 a 5	TEMPSALA
I-8	Conhecer a avaliação do utente acerca do tempo		Números Naturais de 1 a 5	TEMPADM

	saída do HSJ			
I-9 II-6	<p>Conhecer a percepção do respondente em relação ao atendimento pelo médico, nomeadamente:</p> <p>a) Atenção dispensada;</p> <p>b) Informação transmitida acerca do seu estado de saúde;</p> <p>c) Partilha da tomada de decisão terapêutica;</p> <p>d) Informação transmitida sobre medicamentos prescritos;</p> <p>e) Informação transmitida sobre cuidados a seguir após a consulta;</p> <p>f) Desempenho global.</p>	Quantitativa Discreta	Números Naturais de 1 a 5	<p>ATENCAO</p> <p>INFSAUDE</p> <p>DECISAOT</p> <p>INFMEDIC</p> <p>INFCUID</p> <p>DESEMPEN</p>
I-10 II-7	Conhecer o sentido e dimensão da satisfação global do utente em relação ao Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ		Números Naturais de 1 a 5	SATISGL
I-12 II-9	Conhecer o sentido e dimensão do cumprimento das expectativas do utente em relação à última consulta de Medicina Interna que realizou no HSJ		Números Naturais de 1 a 5	CUMPEXPE
I-13 II-10	Conhecer o sentido e dimensão da qualidade global percebida pelo utente em relação ao Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ		Números Naturais de 1 a 5	QUALIGL
I-14 II-11	Conhecer o sentido e dimensão da lealdade do utente em relação ao Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ		Números Naturais de 1 a 5	LEALDADE
I-15 II-12	Verificar o sentido e dimensão da probabilidade do utente recomendar o Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ a familiares, amigos ou colegas		Números Naturais de 1 a 5	RECOMEND



<b>Objectivo Específico:</b> Averiguar qual a percepção do grupo I (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) acerca dos <i>efeitos do encerramento do Hospital do Desterro no acesso</i> à consulta externa de Medicina Interna;				
<b>Item</b>	<b>Objectivo do Item</b>	<b>Classificação da Variável</b>	<b>Escala de Resposta</b>	<b>Notação na Base de Dados</b>
I-3	<p>Verificar se, desde a integração do Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro no Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ foi sentida, por parte do utente, alguma alteração:</p> <p>a) No tempo de espera para ser atendido antes da consulta;</p> <p>b) No tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do Hospital;</p> <p>c) No tempo dispendido na consulta;</p> <p>d) No médico assistente;</p> <p>e) No tempo de intervalo entre as suas consultas;</p> <p>f) Na qualidade global do serviço prestado na consulta</p>	Qualitativa Nominal	1. Sim. Tornou-se mais longo 2. Sim. Tornou-se mais curto 3. Não 99. Recusa	ALTTESA
			1. Sim. Tornou-se mais longo 2. Sim. Tornou-se mais curto 3. Não 99. Recusa	ALTTESS
			1. Sim. Tornou-se mais longo 2. Sim. Tornou-se mais curto 3. Não 99. Recusa	ALTTCONS
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	ALTMEDIC
			1. Sim. Tornaram-se mais espaçadas no tempo. 2. Sim. Tornaram-se mais próximas umas das outras. 3. Não 99. Recusa	ALTINTER
			1. Sim. Para melhor 2. Sim. Para pior 3. Não 99. Recusa	ALTQGL
I-4	Conhecer a percepção do utente em relação à maior ou menor facilidade em obter uma consulta de Medicina Interna após a integração do Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro no Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ		1. Muito mais fácil 2. Mais fácil 3. Nem mais fácil nem mais difícil 4. Mais difícil 5. Muito mais difícil 88. Não sabe 99. Recusa	FACILIDA
I-4.1	<p>Verificar se:</p> <p>a) a falta de conhecimentos no que respeita à</p>	Qualitativa Nominal	1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	DFCMARC

	<p>marcação de uma consulta de Medicina Interna no HSJ;</p> <p>b) a falta de conhecimentos no que respeita à deslocação do domicílio ao HSJ;</p> <p>c) a falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até às instalações do Serviço de consulta Externa de Medicina Interna;</p> <p>d) a incompatibilidade do horário de funcionamento da consulta com a disponibilidade do utente;</p> <p>e) o tempo de espera para ser atendido antes da consulta;</p> <p>f) o tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do HSJ;</p> <p>g) os gastos totais de uma ida á consulta;</p> <p>constituem razões para que seja mais difícil usufruir de uma consulta de Medicina Interna após a integração do Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro no Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ</p>		<p>1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa</p>	DFCHSJ
			<p>1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa</p>	DFCCONS
			<p>1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa</p>	DINCOMPH
			<p>1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa</p>	DTEACON
			<p>1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa</p>	DTEDPCON
			<p>1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa</p>	DGASTOS
I-5	Conhecer a percepção do utente em relação ao prejuízo/benefício inerente à integração do Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro no Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ		<p>1. Muito beneficiado 2. Beneficiado 3. Nem beneficiado nem prejudicado 4. Prejudicado 5. Muito prejudicado 88. Não sabe 99. Recusa</p>	BENEFPREJ
I-5.1	<p>Verificar se:</p> <p>a) o tempo de espera na sala de espera;</p>	Qualitativa Nominal	<p>1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa</p>	BPTESPSE

	b) o tempo de espera após a consulta c) a mudança de médico assistente; d) a qualidade do serviço; e) os gastos totais inerentes à deslocação à consulta num hospital diferente; f) a duração da consulta; g) o intervalo entre consultas.  constituem aspectos em que o utente se sentiu prejudicado/beneficiado com a integração do Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro no Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ.		1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	BPTESPDPCONS
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	BPMMED
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	BPQGL
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	BPGASTOS
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	BPTCONS
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	BPINTCONS

**Objectivo Específico:** *Verificar se determinadas condições* (falta de conhecimentos no que respeita à deslocação do domicílio ao HSJ, falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até às instalações do Serviço de consulta Externa de Medicina Interna, incompatibilidade do horário de funcionamento da consulta com a disponibilidade do utente, tempo de espera para ser atendido antes da consulta, tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do HSJ, gastos totais de uma ida á consulta e tempo dispendido na viagem do domicílio para o HSJ) *constituem razões para a não comparência do Grupo I* (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) *e do Grupo II* (utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, no período acima descrito) *à(s) consulta(s) de Medicina Interna marcada(s) nos últimos 12 meses no HSJ.*

I-2.1 II-2.1	<p>Verificar se:</p> <p>a) a falta de conhecimentos no que respeita à deslocação do domicílio ao HSJ;</p> <p>b) a falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até às instalações do Serviço de consulta Externa de Medicina Interna;</p> <p>c) a incompatibilidade do horário de funcionamento da consulta com a disponibilidade do utente;</p> <p>d) o tempo de espera para ser atendido antes da consulta;</p> <p>e) o tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do HSJ;</p> <p>f) os gastos totais de uma ida á consulta;</p> <p>g) o tempo dispendido na viagem do domicílio para o HSJ;</p> <p>constituem razões para a não comparência à(s) consulta(s) de Medicina Interna marcadas nos últimos 12 meses no HSJ.</p>	Qualitativa Nominal	1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	NCFCHSJ
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	NCFCCONS
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	NCINCOMP
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	NCTEACON
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	NCTEDPCO
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	NCGASTOS
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	NCTVIAGE



## **ANEXO II**

### **Análise Exploratória Preliminar**

## **Idade**

Após a análise da idade (em anos completos) do grupo de utentes proveniente do Hospital do Desterro (grupo I) pode observar-se na Tabela 2 que a Média de idades é de 65,1 anos, o valor Mínimo é de 18,0 anos e o valor Máximo de 99,0 anos. A Mediana situa-se nos 68,0 anos e a idade mais frequente reflecte-se numa Moda de 69,0 anos.

Quanto a medidas de dispersão obteve-se uma Variância de 260,8 com respectivo Desvio Padrão de 16,2 anos.

Pela observação da Tabela 2 depreende-se ainda que 75% dos indivíduos do grupo I têm idade inferior a 77,8 anos, 50% têm idade inferior a 68,0 anos e 25% idade inferior a 55,0 anos (Tabela 3).

O grupo de utentes proveniente do Hospital de São José (grupo II), por sua vez, apresenta idades compreendidas entre 18,0 e 98,0 anos e uma Média de 61,1 anos. A

Me<sup>a</sup> Fonte: SPSS 16

situa-se nos 69,0 anos.

Quanto à dispersão dos valores, tem-se como Variância 291,5 e respectivo Desvio Padrão de 17,1 anos. Relativamente a Percentis, observa-se que 75% dos indivíduos do grupo II têm idade inferior a 77,5 anos e tal como no grupo I, 50% têm idade inferior a 68,0 anos e 25% idade inferior a 55,0 anos (Tabela 4). Em termos de dispersão de valores nota-se uma maior variabilidade de idades no grupo II o que, de certa forma, era de esperar devido à sua maior dimensão.

Tabela 2 – Medidas de Localização da Idade em Anos Completos por Grupos

	<i>Grupos em estudo</i>		<i>Valor da estatística</i>
<b><i>Idade em anos completos</i></b>	DESTERRO	Média	65,07
		Mediana	68,00
		Variância	260,784
		Desvio Padrão	16,149
		Mínimo	18
		Máximo	99
	SAO JOSE	Média	61,09
		Mediana	64,00
		Variância	291,528
		Desvio Padrão	17,074
		Mínimo	18
		Máximo	98

Fonte: SPSS 16

Tabela 3 – Medidas de Localização da Idade grupo I

<b><i>Idade em anos completos</i></b>		
Moda		69
Percentis	25	55,00
	50	68,00
	75	77,75

Fonte: SPSS 16

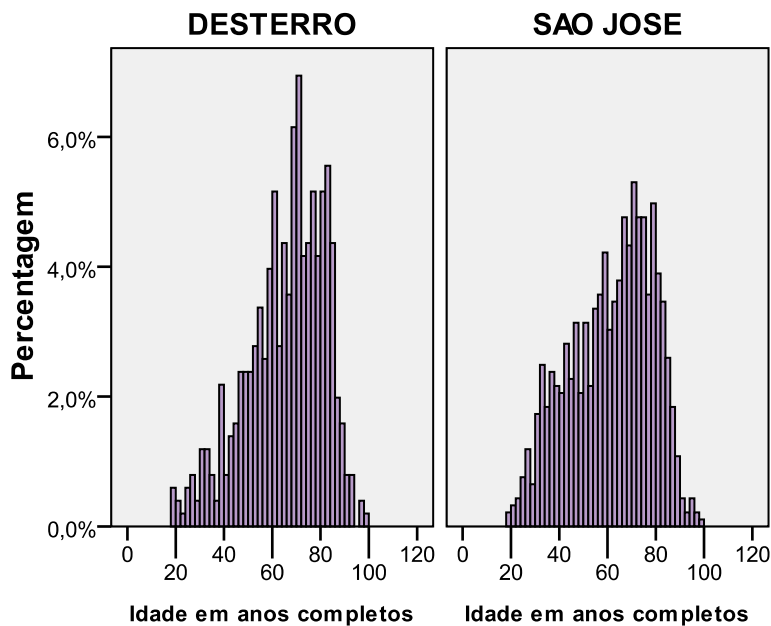
Tabela 4 – Medidas de Localização da Idade grupo II

<b><i>Idade em anos completos</i></b>		
Moda		69
Percentis	25	48,00
	50	64,00
	75	75,00

Fonte: SPSS 16

Por último, pela observação do Gráfico 2, pela análise do diagrama de extremos e quartis (Gráfico 3) e tendo em conta os valores assumidos pelas medidas de tendência

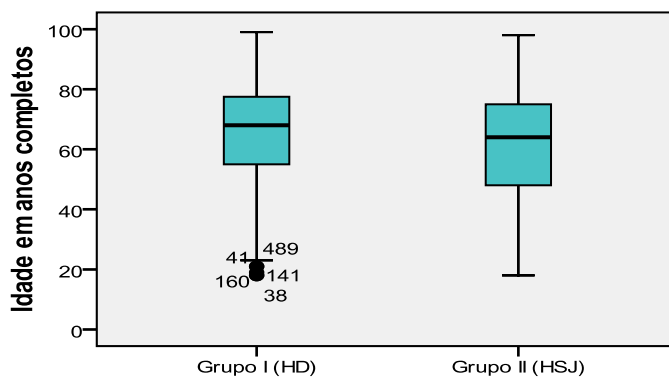
Gráfico 2 – Comparação da Distribuição da Idade por Grupos



Fonte: SPSS 16

central e de dispersão, pode dizer-se que a população do grupo I (Desterro) é ligeiramente mais envelhecida e com idades cuja distribuição é mais concentrada entre o 1º e 3º quartil. Deste modo, esta distribuição toma uma forma mais pontiaguda comparativamente com a distribuição mesocúrtica do grupo II (note-se que a amplitude entre o limite do 1º quartil e o limite do 3º quartil é menor no grupo do Desterro comparativamente com São José). Em jeito de síntese pode dizer-se que parece verificar-se uma boa concordância relativamente às medidas de dispersão onde o grupo II (HSJ) apresenta maior Desvio Padrão e maior dispersão interquartílica.

Gráfico 3 – Diagrama de Extremos e Quartis da Idade por Grupos



Fonte: SPSS 16



Para mais facilmente trabalhar a variável idade optou-se também pelo agrupamento dos valores em classes distintas, ganhando assim em simplicidade o que é perdido em pormenor. Na verdade, pretende-se com esta nova organização realçar o que há de essencial nos dados pois, tal como é defendido por Pissarra (2001), a estatística tem por finalidade específica analisar o conjunto de valores, desinteressando-se por casos isolados. Posto isto, surge agora a preocupação em determinar o número de classes e, conseqüentemente, a amplitude de cada intervalo. Inicialmente utilizou-se a regra de Sturges de onde resultaram 10 classes com amplitude de 10 anos para o grupo I e 10 classes com amplitude de 9 anos para o grupo II. No entanto, e tal como Pissarra (2001) sugere, a metodologia utilizada para a construção das classes não é única. Assim, como forma de simplificar a análise de dados optou-se pela definição de quatro classes representando elas a idade jovem (<25 anos), a idade activa jovem ([25-45[ anos), a idade activa tardia ([45-65[anos) e a idade da reforma ([65-99]anos).

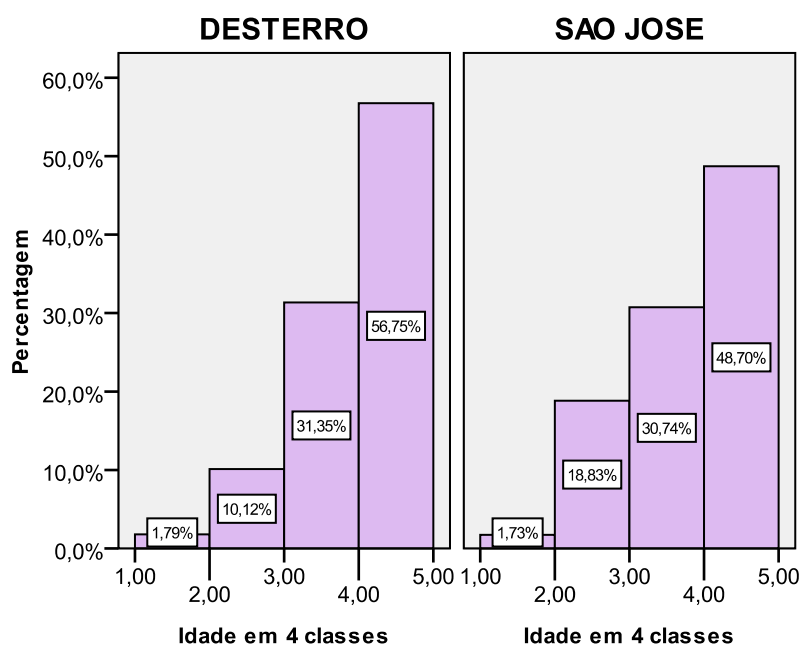
Quando comparados os dois grupos, de acordo com a observação da Tabela 6 e do Gráfico 5, notam-se algumas diferenças de percentagens, sendo estas mais marcadas na classe entre os 25 e 45 anos (onde o grupo II apresenta mais 8,7% de indivíduos em relação ao grupo I) e também na classe modal que vai dos 65 aos 99 anos (onde o grupo I apresenta mais 8% de indivíduos em relação ao grupo II). A análise destes dados parece indicar que o que o grupo I (HD) tem a mais na faixa etária mais envelhecida, tem o grupo II (HSJ) na classe jovem activa.

Tabela 6 – Tabela de Cruzamento da Idade em Classes por Grupos

<i>Idade em 4 classes</i>			<i>Grupos</i>	
			<i>Grupo I (HD)</i>	<i>Grupo II (HSJ)</i>
<25	Frequência		9	16
	% no grupo		1,8%	1,7%
[25-45[	Frequência		51	174
	% no grupo		10,1%	18,8%
[45-65[	Frequência		158	284
	% no grupo		31,3%	30,7%
[65-99]	Frequência		286	450
	% no grupo		56,7%	48,7%
Total	Frequência		504	924
	% no grupo		100,0%	100,0%

Fonte: SPSS 16

Gráfico 5 – Comparação da Distribuição da Idade por Classes e por Grupo



Fonte: SPSS 16

Também a homogeneidade da distribuição da idade por classes nos dois grupos foi testada através do teste de homogeneidade do Qui-quadrado onde, aos níveis usuais de significância (1% e 5%) é tomada a decisão de rejeitar a hipótese nula (valor de

$p < 0,001$ ). Desta forma, aceita-se a hipótese de que a proporção de indivíduos de pelo menos uma classe etária assume uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo do Desterro e o grupo do São José (Tabela 7).

Tabela 7 – Qui-quadrado para homogeneidade das Classes Etárias por Grupos

<b>Teste de Qui-quadrado</b>			
	Valor do Qui-quadrado	Graus de liberdade	Valor de p
Qui-Quadrado	19,850 <sup>a</sup>	3	0,000
Número casos válidos	1428		
a. 0 células (,0%) têm uma frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é 8,82.			

*Fonte: SPSS 16*

## Sexo

Quando se pretende analisar a variável sexo, em termos comparativos, tal como é sugerido pela análise das Tabelas 9 e 10 e do Gráfico 6, em ambos os casos as populações são maioritariamente femininas sendo que o grupo I (HD) é formado por mais 2,8% de mulheres que o grupo II (HSJ).

Tabela 9 – Tabela de Frequências do Sexo do Grupo I (HD)

	Frequência	%	% Acumulada
MASCULINO	195	38,7	38,7
FEMININO	309	61,3	100,0
Total	504	100,0	

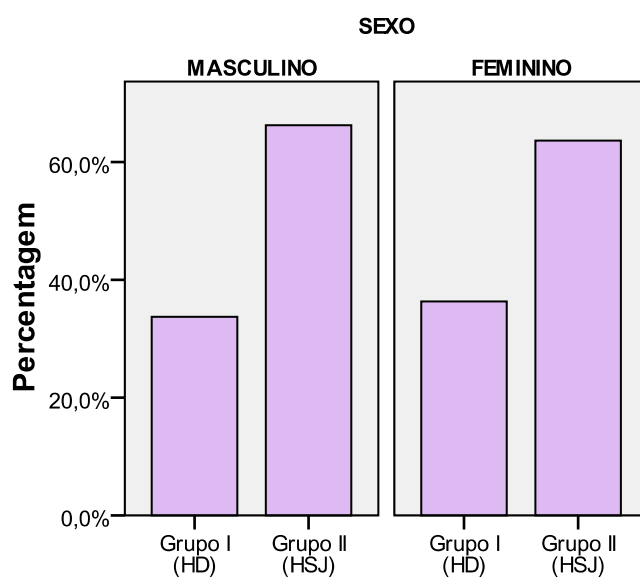
*Fonte: SPSS 16*

Tabela 10 – Tabela de Frequências do Sexo do Grupo II (HSJ)

	Frequência	%	% Acumulada
MASCULINO	383	41,5	41,5
FEMININO	541	58,5	100,0
Total	924	100,0	

Fonte: SPSS 16

Gráfico 6 – Comparação da Distribuição do Sexo por Grupo



Fonte: SPSS 16

Ao realizar-se o teste de Qui-quadrado para homogeneidade verifica-se que  $p\text{-value} = 0,310$ , logo, aos níveis usuais de significância (1% e 5%) toma-se a decisão de não rejeitar a hipótese nula, ou seja, admitir a ausência de uma diferença estatisticamente significativa na proporção de homens e mulheres nos dois grupos em estudo (Tabela 11).

Tabela 11 - Qui-quadrado para homogeneidade do Sexo por Grupos

Teste de Qui-quadrado			
	Valor do Qui-quadrado	Graus de liberdade	Valor de p
Qui-Quadrado	1,031 <sup>a</sup>	1	0,310
Número casos válidos	1428		
a. 0 células (,0%) têm uma frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é 204,00.			

Fonte: SPSS 16

Ao testar a independência do sexo relativamente às classes etárias, o valor de  $p = 0,147$  (tabela 12) sugere também que se aceite a hipótese nula (variável sexo é independente da variável classe etária) o que leva à possibilidade de se proceder ao método de amostragem estratificada seleccionando aleatoriamente em cada grupo (HD e HSJ) 40% de homens e 60% de mulheres em cada classe etária.

Tabela 12 - Qui-quadrado para independência do Sexo por Classe Etária

Teste de Qui-quadrado			
	Valor do Qui-quadrado	Graus de liberdade	Valor de p
Qui-Quadrado	5,369 <sup>a</sup>	3	0,147
Número casos válidos	1428		
a. 0 células (,0%) têm uma frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é 10,12.			

Fonte: SPSS 16

Quanto à variável área de residência, quando comparado o grupo I com o grupo II através do teste de Qui-quadrado para homogeneidade, repara-se que, apesar de existir uma diferença de 2% em relação a esta variável (Tabelas 14 e 15 e Gráfico 7), dado o valor de  $p$  ( $p\text{-value}=0,112$ ) não se rejeita a hipótese nula aos níveis usuais de significância (1% e 5%), ou seja, considera-se não existir uma diferença estatisticamente significativa a nível da área de residência dos dois grupos em estudo (Tabela 16).

Tabela 14 – Tabela de Frequências da Área de Residência do Grupo I (Desterro)

	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>% Acumulada</i>
<b>GRANDE ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA</b>	483	95,8	95,8
<b>OUTRA</b>	21	4,2	100,0
<b>Total</b>	504	100,0	

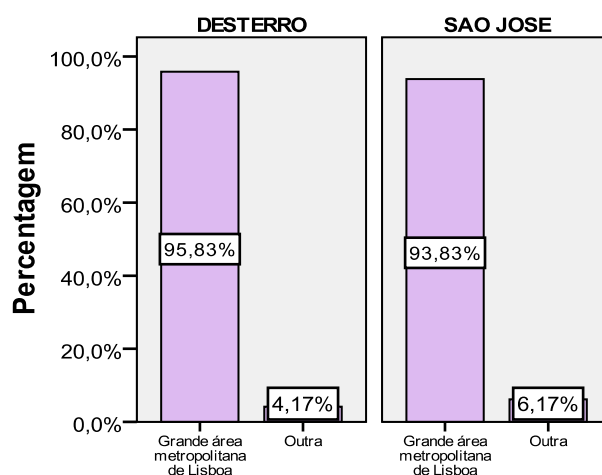
Fonte: SPSS 16

Tabela 15 – Tabela de Frequências da Área de Residência do Grupo II (São José)

	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>% Acumulada</i>
<b>GRANDE ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA</b>	867	93,8	93,8
<b>OUTRA</b>	57	6,2	100,0
<b>Total</b>	924	100,0	

Fonte: SPSS 16

Gráfico 7 – Comparação da Distribuição da Área de Residência por Grupo



Fonte: SPSS 16

Tabela 16 - Qui-quadrado para homogeneidade da Área de Residência por Grupos

Teste de Qui-quadrado			
	Valor do Qui-quadrado	Graus de liberdade	Valor de p
Qui-Quadrado	2,532 <sup>a</sup>	1	0,112
Número casos válidos	1428		
a. 0 células (,0%) têm uma frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é 27,53.			

Fonte: SPSS 16

Após a análise da distância do domicílio ao Hospital de São José e do tempo dispendido na respectiva viagem, pode observar-se que, quando comparados os indivíduos do grupo I e do grupo II pode notar-se que, enquanto um antigo utente do HD percorre em Média 11,164 Km até chegar ao Hospital de São José, demorando em Média 15,54 minutos, um elemento do grupo II percorre em Média 17,710 Km desde sua casa demorando em cada uma das viagens uma Média de 19,98 minutos.

Para o Desterro, a Mediana da distância situa-se nos 5,3 Km e a do tempo dispendido na viagem, nos 11,5 minutos; enquanto no grupo de São José é tomado o valor de 6,3 Km para a distância e 12 minutos para o tempo (Tabela 18).

Tabela 18 – Medidas de Localização da Distância ao Hospital de S José e Tempo de Viagem por Grupos

	Grupos em estudo		Valor da Estatística
<b>Distância ao Hospital de S José em Km</b>	DESTERRO	Média	11,164
		Mediana	5,300
		Variância	424,888
		Desvio Padrão	20,6128
		Mínimo	,2
		Máximo	221,0
	SAO JOSE	Média	17,710
		Mediana	6,300
		Variância	1679,409
		Desvio Padrão	40,9806
		Mínimo	,2
		Máximo	417,0
<b>Tempo de viagem até ao HSJ em min</b>	DESTERRO	Média	15,54
		Mediana	11,50

		Variância	267,573
		Desvio Padrão	16,358
		Mínimo	1
		Máximo	163
	SAO JOSE	Média	19,98
		Mediana	12,00
		Variância	692,710
		Desvio Padrão	26,319
		Mínimo	1
		Máximo	251

Fonte: SPSS 16

Apura-se ainda que, para o grupo proveniente do Hospital do Desterro, 75% dos indivíduos vive a menos de 12,0 Km do Hospital de São José e demora menos de 22 minutos na viagem a partir do domicílio; 50% vive a menos de 5,3 Km do Hospital de São José e demora menos de 11,5 minutos na viagem e; 25% vive a menos de 1,8 Km demorando menos de 5 minutos na viagem de ida para o Hospital.

Quanto ao grupo II 75% dos indivíduos vive a menos de 14,8 Km do Hospital de São José e demora menos de 23 minutos na viagem a partir do domicílio; 50% vive a menos de 6,3 Km do Hospital de São José e demora menos de 12 minutos na viagem e; 25% vive a menos de 2,2 Km demorando menos de 6 minutos na viagem de ida para o Hospital (Tabela 19).

Tabela 19 – Percentis da Distância ao Hospital de S José e Tempo de Viagem por Grupos

<i>Percentil</i>	<i>Distância ao Hospital de S José em Km</i>		<i>Tempo de viagem até ao HSJ em min</i>	
	<i>DESTERRO</i>	<i>SAO JOSE</i>	<i>DESTERRO</i>	<i>SAO JOSE</i>
<b>25</b>	1,850	2,200	5,00	6,00
<b>50</b>	5,300	6,300	11,50	12,00
<b>75</b>	12,000	14,800	22,00	23,00

Fonte: SPSS 16





## **ANEXO III**

### **Questionários aplicados**

## Questionário

### **Seria possível falar com o Sr./Sr.<sup>a</sup> “Nome”<sup>1</sup>?**

- Se a pessoa que atende for a pessoa certa → Ler Introdução
- Caso não tenha sido a pessoa certa a atender o telefone e for perguntado quem/donde fala →

Ler a Nota 1

Nota 1:

Estou a ligar a fim de realizar um Questionário sobre Acesso a Serviços de Saúde.

### **Introdução**

Boa tarde, o meu nome é Isabel Pereira e sou enfermeira. Como já foi referido na carta, gostaria de lhe aplicar um questionário sobre acesso a serviços de saúde dos utentes da consulta de medicina interna do Hospital de S. José e do antigo Hospital do Desterro.

Este questionário demora cerca de 15 minutos a completar, a sua participação é voluntária, e todas as suas respostas serão anónimas. Se tiver alguma questão ou dúvida terei toda a disponibilidade em esclarecê-la à medida que formos conversando.

Podemos começar agora?

- Se a pessoa responder sim → Continuar o questionário
- Caso contrário → Perguntar se pode voltar a estabelecer-se contacto num momento mais oportuno.

---

<sup>1</sup> Deve substituir-se pelo nome do utente (primeiro e último).

1 - Nos últimos 12 meses, a quantas consultas de Medicina Interna já foi no Hospital de S. José?

**Se respondeu nenhuma, fazer a questão 2 e passar à questão 13.**

---

2 - Nos últimos 12 meses, a quantas consultas marcadas de Medicina Interna no Hospital de S. José não lhe foi possível ir?

**Se respondeu nenhuma, ignorar a questão 2.1.**

2.1 - Quais as razões que o(a) impediram de ir à consulta?

(Vou passar a ler um conjunto de possíveis razões para que tivesse faltado à(s) consulta(s). No final de cada afirmação, peço-lhe que me diga se constituiu ou não uma razão para que tivesse faltado à(s) consulta(s) que mencionou anteriormente).

a) Porque do domicílio, não sabe como chegar ao Hospital de S. José;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

b) Porque uma vez no Hospital, não sabe como chegar ao serviço de Consulta Externa de Medicina;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

c) Porque o horário de funcionamento da Consulta Externa não é compatível com a sua disponibilidade;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

d) Porque o tempo de espera para ser atendido antes da consulta é longo;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

e) Porque o tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do hospital é longo;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

f) Porque os gastos totais de uma ida à consulta são avultados;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

g) Porque o tempo gasto na viagem do domicílio para o Hospital de S. José é longo;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

h) Outra \_\_\_\_\_

---

3 – O Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro foi integrado no serviço de Consulta de Medicina Interna do Hospital de S. José em Outubro de 2006. **Desde essa altura:**

a) Sentiu alguma alteração a nível do **tempo de espera para ser atendido antes da consulta?**

Sim. Tornou-se mais longo	Sim. Tornou-se mais curto	Não	Recusa
1.	2.	3.	99

b) Sentiu alguma alteração a nível do **tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do Hospital?** (Por exemplo, o tempo de espera para a entrega do cartão de utente, marcação de nova consulta, receitas)?

Sim. Tornou-se mais longo	Sim. Tornou-se mais curto	Não	Recusa
1.	2.	3.	99

c) Sentiu alguma alteração a nível do **tempo dispendido na consulta?**

Sim. Tornou-se mais longo	Sim. Tornou-se mais curto	Não	Recusa
1.	2.	3.	99

d) **Mudou de médico** assistente sem ser por sua vontade?

Sim	Não	Não sabe	Recusa
1.	2.	88	99

e) Sentiu alguma alteração a nível do **tempo de intervalo entre as suas consultas?**

Sim. Tornaram-se mais espaçadas no tempo	Sim. Tornaram-se mais próximas umas das outras.	Não	Recusa
1.	2.	3.	99

f) Sentiu alguma alteração a nível da **qualidade global do serviço prestado** na consulta?

Sim, para melhor	Sim, para pior	Não	Recusa
1.	2.	3.	99

4 – Em termos globais, em que medida acha que é mais fácil ou mais difícil obter uma consulta de Medicina Interna depois do encerramento do Hospital do Desterro?

Muito mais fácil	Mais fácil	Nem mais fácil, nem mais difícil	Mais difícil	Muito mais difícil	Não sabe	Recusa
1.	2.	3.	4.	5.	88	99

4.1 – (Se respondeu 4. ou 5.) O que contribui para que seja mais difícil obter uma consulta? (Responda Sim ou Não no final de cada afirmação).

a) Não saber o que fazer para marcar uma consulta de Medicina Interna no Hospital de S. José;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

b) Do domicílio, não saber como chegar ao Hospital de S. José;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

c) Uma vez no Hospital, não saber como chegar ao serviço de Consulta Externa de Medicina Interna;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

d) O horário de funcionamento da Consulta Externa não ser compatível com a sua disponibilidade;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

e) O tempo de espera para ser atendido antes da consulta ser mais longo;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

f) O tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do hospital ser mais longo;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

g) Os gastos totais de uma ida à consulta serem maiores;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

h) Outra \_\_\_\_\_

---

5 – Enquanto utente da Consulta de medicina até que ponto se sentiu beneficiado/prejudicado com a transferência de serviços do Hospital do Desterro para o Hospital de S. José?

Muito beneficiado	Beneficiado	Nem beneficiado, nem prejudicado	Prejudicado	Muito prejudicado		Não sabe	Recusa
1.	2.	3.	4.	5.		88	99

5.1 (Se respondeu 1., 2., 4. ou 5.) Diga-me, em que aspectos se sentiu beneficiado/prejudicado?

a) No tempo de espera imediatamente antes da consulta;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

b) No tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do hospital José;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

c) Na mudança de médico assistente;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

d) Na qualidade global do serviço prestado;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

e) Nos gastos totais inerentes à deslocação à consulta num hospital diferente;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

f) No tempo dispendido na consulta;

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

g) No tempo de intervalo entre as consultas.

☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não sabe ☐ 99. Recusa

h) Outra \_\_\_\_\_

---

6 - Considere toda a sua experiência com o serviço de consultas externas do Hospital de S. José. Utilizando a escala de 1 a 5, onde 1 significa "**muito má**" e 5 significa "**muito boa**", como classificaria a acessibilidade e o processo de admissão em relação:

a) À facilidade em chegar ao Hospital de S. José.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

b) À qualidade do atendimento da recepção da Consulta Externa de Medicina Interna.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

7 - Utilizando ainda a escala de 1 a 5, onde 1 significa **"muito longo"** e 5 significa **"muito breve"**, como classificaria o tempo de espera para ser atendido antes da consulta?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

8 - Utilizando a escala de 1 a 5, onde 1 significa **"muito longo"** e 5 significa **"muito breve"**, como avalia o tempo de espera entre a saída da sua consulta e a saída do Hospital? (Por exemplo, tempo de espera para a entrega do cartão de utente, marcação de nova consulta, receitas).

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

9 - Em relação ao Médico que o(a) atendeu, numa escala de 1 a 5, onde 1 significa **"muito má"** e 5 significa **"muito boa"**, como classificaria:

a) A atenção demonstrada pelo médico (disponibilidade para o(a) ouvir, a capacidade em perceber o que lhe pretendia transmitir, envolvimento, etc.)?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

b) A forma como o médico lhe explicou a sua condição?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

c) A forma como o médico partilhou consigo as decisões sobre os tratamentos a seguir?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

d) As explicações dadas pelo médico sobre os medicamentos prescritos?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

e) A informação fornecida sobre os cuidados a seguir após a consulta?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

f) Em termos globais como avalia o desempenho do médico que o(a) acompanhou?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

## SATISFAÇÃO GLOBAL

10 - Considerando toda a sua experiência com o serviço de consultas externas no Hospital de S. José, qual é o seu grau de satisfação? Use a escala de 5 pontos onde 1 significa **"muito insatisfeito"** e 5 **"muito satisfeito"**.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

## EXPECTATIVA SOBRE A QUALIDADE GERAL

11 - Agora peço-lhe que pense na expectativa que tinha antes de realizar a última consulta de medicina interna no Hospital de S. José. Usando a escala onde 1 significa **"muito baixa"** e 5 significa **"muito alta"**, como classificaria a sua expectativa global relativamente à qualidade geral da Consulta de Medicina Interna do Hospital de S. José? (Por exemplo, em relação a não cometer erros, a satisfazer todas as necessidades do utente ou a prestar um serviço de qualidade).

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

## CUMPRIMENTO DAS EXPECTATIVAS

12 - Tendo em conta as expectativas que discutimos anteriormente e, a sua experiência que teve na última consulta de Medicina Interna no Hospital de S. José, até que ponto considera que esta cumpriu as suas expectativas? Utilize a escala onde 1 significa **"muito menos que o esperado"** e 5 significa **"muito mais do que o esperado"**

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

## QUALIDADE GLOBAL PERCEPCIONADA

13 - Considere toda a sua experiência com o serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José. Utilizando a escala de 1 a 5, onde 1 significa **"muito má"** e 5 significa **"muito boa"**, como classificaria a qualidade global do serviço prestado no Hospital de S. José?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

## LEALDADE

14 - Se tivesse a possibilidade de escolher qualquer Hospital, qual a probabilidade de voltar a escolher o Hospital de S. José na próxima vez que necessitasse de uma consulta de Medicina Interna? Utilize a escala onde 1 significa **"muito improvável"** e 5 significa **"muito provável"**.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

## RECOMENDAÇÃO

15 - Se um familiar, amigo ou colega tivesse de recorrer ao serviço de consulta externa de Medicina Interna de um Hospital qual a probabilidade de recomendar o Hospital de S. José? Utilize a escala onde 1 significa **"muito improvável"** e 5 significa **"muito provável"**.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

## CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO

16 - De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde? (Ler alternativas de resposta)

Muito bom	Bom	Razoável	Mau	Muito mau		Não sabe	Recusa
1.	2.	3.	4.	5.		88	99

---

17 – Qual é o seu Estado Civil

Solteiro	Casado	Viúvo	Divorciado	Unido de Facto	Separado de Facto		Não sabe	Recusa
1.	2.	3.	4.	5.	6.		88	99

---

18 - Para além de si, quantas pessoas vivem em sua casa:

Acima dos dezoito anos	
Abaixo dos dezoito anos	

---

19 - Qual o seu grau de escolaridade?

Não sabe ler nem escrever	1
Só sabe ler e escrever	2
Primeiro ciclo	3
Ciclo preparatório (6º ano)	4
Antigo 5º ano/9ºano	5
Antigo 7º ano/12ºano	6
Curso médio completo/bacharelato	7
Licenciatura	8
Não sabe	88
Recusa	99

20 - Qual das seguintes descrições se adequa à sua situação actual?

Empregado	Desempregado	Estudante	Doméstico	Reformado	Outra		Não sabe	Recusa
1.	2.	3.	4.	5.	6.		88	99

Fim



## Questionário

### **Seria possível falar com o Sr./Sr.<sup>a</sup> “Nome”<sup>1</sup>?**

- Se a pessoa que atende for a pessoa certa → Ler Introdução
- Caso não tenha sido a pessoa certa a atender o telefone e for perguntado quem/donde fala →

Ler a Nota 1

Nota 1:

Estou a ligar a fim de realizar um Questionário sobre Acesso a Serviços de Saúde.

### **Introdução**

Boa tarde, o meu nome é Isabel Pereira e sou enfermeira. Como já foi referido na carta, gostaria de lhe aplicar um questionário sobre acesso a serviços de saúde dos utentes da consulta de medicina interna do Hospital de S. José e do antigo Hospital do Desterro.

Este questionário demora cerca de 15 minutos a completar, a sua participação é voluntária, e todas as suas respostas serão anónimas. Se tiver alguma questão ou dúvida terei toda a disponibilidade em esclarecê-la à medida que formos conversando.

Podemos começar agora?

- Se a pessoa responder sim → Continuar o questionário
- Caso contrário → Perguntar se pode voltar a estabelecer-se contacto num momento mais oportuno.

---

<sup>1</sup> Deve substituir-se pelo nome do utente (primeiro e último).

1 - Nos últimos 12 meses, a quantas consultas de Medicina Interna já foi no Hospital de S. José?

***Se respondeu nenhuma, fazer a questão 2 e passar à questão 13.***

---

2 - Nos últimos 12 meses, a quantas consultas marcadas de Medicina Interna no Hospital de S. José não lhe foi possível ir?

***Se respondeu nenhuma, ignorar a questão 2.1.***

2.1 - Quais as razões que o(a) impediram de ir à consulta?

(Vou passar a ler um conjunto de possíveis razões para que tivesse faltado à(s) consulta(s). No final de cada afirmação, peço-lhe que me diga se constituiu ou não uma razão para que tivesse faltado à(s) consulta(s) que mencionou anteriormente).

a) Porque do domicílio, não sabe como chegar ao Hospital de S. José;

☐ 1. Sim      ☐ 2. Não      ☐ 88. Não sabe      ☐ 99. Recusa

b) Porque uma vez no Hospital, não sabe como chegar ao serviço de Consulta Externa de Medicina;

☐ 1. Sim      ☐ 2. Não      ☐ 88. Não sabe      ☐ 99. Recusa

c) Porque o horário de funcionamento da Consulta Externa não é compatível com a sua disponibilidade;

☐ 1. Sim      ☐ 2. Não      ☐ 88. Não sabe      ☐ 99. Recusa

d) Porque o tempo de espera para ser atendido antes da consulta é longo;

☐ 1. Sim      ☐ 2. Não      ☐ 88. Não sabe      ☐ 99. Recusa

e) Porque o tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do hospital é longo;

☐ 1. Sim      ☐ 2. Não      ☐ 88. Não sabe      ☐ 99. Recusa

f) Porque os gastos totais de uma ida à consulta são avultados;

☐ 1. Sim      ☐ 2. Não      ☐ 88. Não sabe      ☐ 99. Recusa

g) Porque o tempo gasto na viagem do domicílio para o Hospital de S. José é longo;

☐ 1. Sim      ☐ 2. Não      ☐ 88. Não sabe      ☐ 99. Recusa

h) Outra \_\_\_\_\_

---

3 - Considere toda a sua experiência com o serviço de consultas externas do Hospital de S. José. Utilizando a escala de 1 a 5, onde 1 significa " **muito má** " e 5 significa " **muito boa** ", como classificaria a acessibilidade e o processo de admissão em relação:

a) À facilidade em chegar ao Hospital de S. José.

1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐      88. NS ☐      99. Recusa ☐

b) À qualidade do atendimento da recepção da Consulta Externa de Medicina Interna.

1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐      88. NS ☐      99. Recusa ☐

---

4 - Utilizando ainda a escala de 1 a 5, onde 1 significa “ **muito longo** ” e 5 significa “ **muito breve** ”, como classificaria o tempo de espera para ser atendido antes da consulta?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

5 - Utilizando a escala de 1 a 5, onde 1 significa “ **muito longo** ” e 5 significa “ **muito breve** ”, como avalia o tempo de espera entre a saída da sua consulta e a saída do Hospital? (Por exemplo, tempo de espera para a entrega do cartão de utente, marcação de nova consulta, receitas).

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

6 - Em relação ao Médico que o(a) atendeu, numa escala de 1 a 5, onde 1 significa “ **muito má** ” e 5 significa “ **muito boa** ”, como classificaria:

a) A atenção demonstrada pelo médico (disponibilidade para o(a) ouvir, a capacidade em perceber o que lhe pretendia transmitir, envolvimento, etc.)?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

b) A forma como o médico lhe explicou a sua condição?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

c) A forma como o médico partilhou consigo as decisões sobre os tratamentos a seguir?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

d) As explicações dadas pelo médico sobre os medicamentos prescritos?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

e) A informação fornecida sobre os cuidados a seguir após a consulta?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

f) Em termos globais como avalia o desempenho do médico que o(a) acompanhou?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

### SATISFAÇÃO GLOBAL

7 - Considerando toda a sua experiência com o serviço de consultas externas no Hospital de S. José, qual é o seu grau de satisfação? Use a escala de 5 pontos onde 1 significa “ **muito insatisfeito** ” e 5 “ **muito satisfeito** ”.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

### EXPECTATIVA SOBRE A QUALIDADE GERAL

8 - Agora peço-lhe que pense na expectativa que tinha antes de realizar a última consulta de medicina interna no Hospital de S. José. Usando a escala onde 1 significa **"muito baixa"** e 5 significa **"muito alta"**, como classificaria a sua expectativa global relativamente à qualidade geral da Consulta de Medicina Interna do Hospital de S. José? (Por exemplo, em relação a não cometer erros, a satisfazer todas as necessidades do utente ou a prestar um serviço de qualidade).

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

### CUMPRIMENTO DAS EXPECTATIVAS

9 - Tendo em conta as expectativas que discutimos anteriormente e, a sua experiência que teve na última consulta de Medicina Interna no Hospital de S. José, até que ponto considera que esta cumpriu as suas expectativas? Utilize a escala onde 1 significa **"muito menos que o esperado"** e 5 significa **"muito mais do que o esperado"**

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

### QUALIDADE GLOBAL PERCEPCIONADA

10 - Considere toda a sua experiência com o serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José. Utilizando a escala de 1 a 5, onde 1 significa **"muito má"** e 5 significa **"muito boa"**, como classificaria a qualidade global do serviço prestado no Hospital de S. José?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

### LEALDADE

11 - Se tivesse a possibilidade de escolher qualquer Hospital, qual a probabilidade de voltar a escolher o Hospital de S. José na próxima vez que necessitasse de uma consulta de Medicina Interna? Utilize a escala onde 1 significa **"muito improvável"** e 5 significa **"muito provável"**.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

### RECOMENDAÇÃO

12 - Se um familiar, amigo ou colega tivesse de recorrer ao serviço de consulta externa de Medicina Interna de um Hospital qual a probabilidade de recomendar o Hospital de S. José? Utilize a escala onde 1 significa **"muito improvável"** e 5 significa **"muito provável"**.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 88. NS ☐ 99. Recusa ☐

---

## CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO

13 - De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde? (Ler alternativas de resposta)

Muito bom	Bom	Razoável	Mau	Muito mau		Não sabe	Recusa
1.	2.	3.	4.	5.		88	99

---

14 – Qual é o seu Estado Civil

Solteiro	Casado	Viúvo	Divorciado	Unido de Facto	Separado de Facto		Não sabe	Recusa
1.	2.	3.	4.	5.	6.		88	99

---

15 - Para além de si, quantas pessoas vivem em sua casa:

Acima dos dezoito anos	
Abaixo dos dezoito anos	

---

16 - Qual o seu grau de escolaridade?

Não sabe ler nem escrever	1
Só sabe ler e escrever	2
Primeiro ciclo	3
Ciclo preparatório (6º ano)	4
Antigo 5º ano/9ºano	5
Antigo 7º ano/12ºano	6
Curso médio completo/bacharelato	7
Licenciatura	8
Não sabe	88
Recusa	99

---

17 - Qual das seguintes descrições se adequa à sua situação actual?

Empregado	Desempregado	Estudante	Doméstico	Reformado	Outra		Não sabe	Recusa
1.	2.	3.	4.	5.	6.		88	99

---

Fim



## **ANEXO IV**

### **Pedido de autorização do estudo ao Conselho de Administração do CHLzC**



## **ANEXO V**

**Obtenção de resposta do Conselho de Administração do CHLzC ao pedido de autorização**



## **ANEXO VI**

### **Obtenção de autorização da Comissão de Ética do CHLzC para realização do estudo**





## **ANEXO VII**

### **Carta dirigida ao Serviço de Gestão de Doentes solicitando dados**

Maria Isabel Valente Caetano Pereira  
Praceta António Enes n.º3, 4ºdto  
2795-019 Linda-a-Velha  
maria.pereira@ihmt.unl.pt  
Tel: 965892052

Lisboa, 07 de Julho de 2008

**Assunto:** Solicitação de dados administrativos.

Exma. Sr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria da Luz Gonçalves

Encontrando-me a preparar um estudo de investigação que já obteve o parecer positivo da Comissão de Ética do CHLC (em anexo), venho por este meio solicitar informação sobre a data exacta da transferência do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital de Nossa Senhora do Desterro para o Hospital de S. José, bem como os contactos (morada completa e número de telefone), data de nascimento, género e nome completo de todos os utentes que foram à consulta externa de Medicina Interna no Hospital de Nossa Senhora do Desterro nos três meses imediatamente antes do encerramento desse serviço e os contactos (morada completa e número de telefone), data de nascimento, género e nome completo de todos os utentes que foram à consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José no mesmo período de tempo.

Certa da vossa compreensão e colaboração, subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

---

(Maria Isabel Pereira)



## **ANEXO VIII**

**Carta dirigida ao domicílio das unidades amostrais convidando à participação no estudo**

Lisboa, 19 de Fevereiro de 2009

Assunto: Participação em estudo sobre Acesso a Serviços de Saúde.

Caro(a) Utente,

Vimos por este meio convidá-lo(a) a participar no trabalho de investigação de Maria Isabel Valente Caetano Pereira, enfermeira no Hospital de Egas Moniz e mestranda em Saúde e Desenvolvimento no Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa.

Este trabalho de investigação tem como objectivo comparar o acesso à consulta de Medicina Interna do Hospital de S. José entre os antigos utilizadores do Hospital do Desterro e os utilizadores que sempre foram à consulta de Medicina Interna no Hospital de S. José.

Para tal, à semelhança de cerca de outros 511 utentes, **será brevemente contactado(a) por via telefónica** para responder a uma série de questões que junto enviamos nesta carta para que possa analisá-las com antecedência. Note que, se sentir necessidade, poderá sempre pedir a alguém da sua confiança que o ajude na interpretação das questões. Lembramos que é muito importante conhecer a sua situação de acesso à consulta de Medicina Interna e que responder a este questionário, para além de tomar apenas cerca de 15 minutos do seu tempo, não implica para si qualquer gasto. No entanto, a sua participação no estudo é completamente **voluntária**.

As suas respostas serão estritamente **anónimas e confidenciais**, sendo os dados resultantes de cada questionário unicamente utilizados para a realização do estudo e codificados de forma a que seja impossível saber de quem são.

No final do trabalho, caso esteja interessado(a), os resultados ser-lhe-ão facultados.

Assim, e dada a importância desta investigação, solicitamos que aceite responder ao questionário que será realizado por via telefónica, contribuindo, desta forma, para o conhecimento e melhoramento da situação de acesso dos utentes à consulta de Medicina Interna do Hospital de S. José.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Obrigado pela colaboração!

Lisboa, 19 de Fevereiro de 2009

Assunto: Participação em estudo sobre Acesso a Serviços de Saúde.

Caro(a) Utente,

Vimos por este meio convidá-lo(a) a participar no trabalho de investigação de Maria Isabel valente Caetano Pereira, enfermeira no Hospital de Egas Moniz e mestranda em Saúde e Desenvolvimento no Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa.

Este trabalho de investigação tem como objectivo comparar o acesso à consulta de Medicina Interna do Hospital de S. José entre os antigos utilizadores do Hospital do Desterro e os utilizadores que sempre foram à consulta de Medicina Interna no Hospital de S. José.

Para tal, à semelhança de cerca de outros 511 utentes, **será brevemente contactado(a) por via telefónica** de forma a que possa responder a uma série de questões. Lembramos que é muito importante conhecer a sua situação de acesso à consulta de Medicina Interna e que responder a este questionário, para além de tomar apenas cerca de 15 minutos do seu tempo, não implica para si qualquer gasto. No entanto, a sua participação no estudo é completamente **voluntária**.

As suas respostas serão estritamente **anónimas e confidenciais**, sendo os dados resultantes de cada questionário unicamente utilizados para a realização do estudo e codificados de forma a que seja impossível saber de quem são.

No final do trabalho, caso esteja interessado(a), os resultados ser-lhe-ão facultados.

Assim, e dada a importância desta investigação, solicitamos que aceite responder ao questionário que será realizado por via telefónica, contribuindo, desta forma, para o conhecimento e melhoramento da situação de acesso dos utentes à consulta de Medicina Interna do Hospital de S. José.

Desde já agradecemos a sua colaboração.



## **ANEXO IX**

### **Quadro ilustrativo das razões que justificam a não aplicação do questionário**

### Razões que justificam a não aplicação do questionário

Elementos que  
receberam a carta

- a) Recusa em participar no estudo – 9
- b) Número de telefone incorrecto/desconhecido/indisponível/inactivo – 9
- c) Falta de resposta ao sinal de chamada a diferentes horas do dia e em diferentes dias da semana – 4
- d) Ainda que tenha falado com familiares/residentes no mesmo domicílio, nunca ter conseguido falar com os próprios – 6
- e) Ainda que tenha falado com os próprios, rejeição ou falta de resposta ao sinal de chamada quer na hora combinada, quer em diferentes horas do dia e em diferentes dias da semana – 6

Elementos cujas  
cartas foram  
devolvidas

f) Falecimentos – 5

- g) Recusa da carta – 2
- h) Morada incompleta/desconhecido na morada – 6
- i) Carta não reclamada - 10

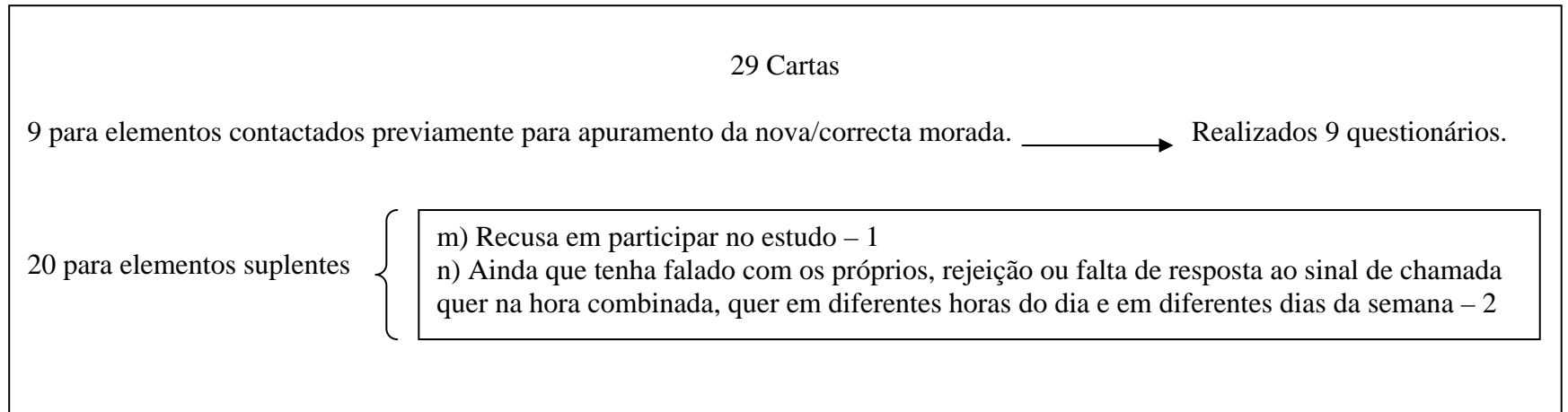
Telefonema a incentivar  
participação no estudo e/ou pedir  
nova morada (18)

- j) Recusa – 3
- k) N° inactivos – 5
- l) Falecimento - 1

$$\text{Nova Carta} = 18 - (j + k + l) = 9$$

Elementos que não podem ser substituídos por suplentes = a) + c) + d) + e) + j) = 28 elementos  
Elementos a substituir por suplentes = f) + k) + l) + b) = 20 elementos

## 2ª Fase da Colheita de dados



Número total de recusas declaradas (a, j, m): 13

Número total de recusas não declaradas (d, e, n): 14

Falta de resposta ao sinal de chamada: 4

Tamanho Inicial da Amostra: 512

Número de questionários válidos: 481





## **ANEXO X**

### **Plano de análise de dados**

**Objectivo Específico:** Verificar se existem diferenças nos componentes de *Acesso Potencial* (características a nível da população, a nível do ambiente externo e a nível da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José) à consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, entre o Grupo I (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) e o Grupo II (utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, no período acima descrito);

Ítem	Objectivo do Ítem	Testes Estatísticos	Escala de Resposta	Notação na Base de Dados
I-16 II-13	Avaliar o estado de saúde percebido	Qui-quadrado para Homogeneidade.  Simulação de Monte Carlo e Teste de Fisher caso não se verifiquem os pressupostos: Não haver mais de 20% de categorias com frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada para cada categoria ser no mínimo 1.	1. Muito bom 2. Bom 3. Razoável 4. Mau 5. Muito mau 88. Não sabe 99. Recusa	ESAUDE
I-11 II-8	Conhecer o sentido e dimensão das expectativas do utente em relação à última consulta de Medicina Interna que realizou no HSJ		Números Naturais de 1 a 5	EXPECTAT
	Obter dados acerca da idade do utente		Classes etárias	IDADE
I-17 II-14	Obter dados acerca do estado civil do utente		1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Divorciado 5. União de Facto 88. Não sabe 99. Recusa	ECIVIL
I-18 II-15	Obter dados acerca do agregado familiar do utente, nomeadamente, o número de pessoas maiores e menores de idade	Medidas de tendência central e de dispersão. Se verificação das condições de aplicabilidade: Normalidade da	Números Naturais	MAIORES
				MENORES

		distribuição ( Teste de Kolmogorov-Smirnov e Teste de Shapiro-Wilk) e Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)  Teste t-Student  Se não verificação das condições de aplicabilidade do Teste t-Student: Teste não-paramétrico de Mann-Whitney-Wilcoxon		
I-19 II-16	Conhecer o grau de escolaridade do utente	Qui-quadrado para Homogeneidade.  Simulação de Monte Carlo e Teste de Fisher caso não se verifiquem os pressupostos: Não haver mais de 20% de categorias com frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada para cada categoria ser no mínimo 1.	1. Não sabe ler nem escrever 2. Só sabe ler e escrever 3. Primeiro ciclo 4. Ciclo preparatório (6º ano) 5. Antigo 5º ano/9ºano 6. Antigo 7º ano/12ºano 7. Curso Superior 88. Não sabe 99. Recusa	ESCOLAR
I-20 II-17	Conhecer a situação profissional do utente		1. Empregado 2. Desempregado 3. Estudante 4. Doméstico 5. Reformado 6. Outra 88. Não sabe 99. Recusa	SPROFSS
	Verificar se o domicílio do utente pertence à Grande Área Metropolitana de Lisboa	Qui-quadrado para Homogeneidade.  Simulação de Monte Carlo e Teste de Fisher caso não se verifiquem os pressupostos: Não haver mais de 20% de categorias com frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada para	1. Sim 2. Não	RESIDENC

		cada categoria ser no mínimo 1.		
	Conhecer a distância do domicílio ao HSJ	Medidas de tendência central e de dispersão.	Números Naturais (em Km)	DISTANCIAHSJ
	Conhecer o tempo dispendido numa viagem do domicílio até ao HSJ	<p>Se verificação das condições de aplicabilidade: Normalidade da distribuição (Teste de Kolmogorov-Smirnov e Teste de Shapiro-Wilk) e Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)</p> <p>Teste t-Student</p> <p>Se não verificação das condições de aplicabilidade do Teste t-Student: Teste não-paramétrico de Mann-Whitney-Wilcoxon</p>	Números Naturais (em Minutos)	TEMPOVIAGEM
	Conhecer o género do utente	<p>Qui-quadrado para Homogeneidade.</p> <p>Simulação de Monte Carlo e Teste de Fisher caso não se verifiquem os pressupostos: Não haver mais de 20% de categorias com frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada para cada categoria ser no mínimo 1.</p>	<p>1. Masculino</p> <p>2. Feminino</p>	GENERO

	<b>Objectivo Específico:</b> Verificar se existem diferenças nos componentes de <i>Acesso Realizado</i> (utilização, no período de 12 meses anteriores à colheita de dados, e satisfação) à consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, entre o Grupo I (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) e o Grupo II (utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, no período acima descrito);			
Iten	Objectivo do Iten	Classificação da Variável	Escala de Resposta	Notação na Base de Dados
I-1 II-1	Identificar o número de consultas de Medicina Interna que o utente realizou nos últimos 12 meses no HSJ	Medidas de tendência central e de dispersão. Se verificação das condições de aplicabilidade: Normalidade da distribuição ( Teste de Kolmogorov-Smirnov e Teste de Shapiro-Wilk) e Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)  Teste t-Student  Se não verificação das condições de aplicabilidade do Teste t-Student: Teste não-paramétrico de Mann-Whitney-Wilcoxon  Regressão Ordinal com variáveis de acesso potencial e de acesso realizado onde foram detectadas diferenças entre os grupos	Números Naturais	NUMCONS
I-2 II-2	Identificar o número de consultas marcadas de Medicina Interna no HSJ a que o utente não compareceu nos últimos 12 meses		Números Naturais	CONSALT
I-6 II-3	a) Conhecer a percepção do respondente relativamente à acessibilidade do HSJ; b) Conhecer a percepção do respondente relativa à qualidade do atendimento da		Números Naturais de 1 a 5	ACCESSIBI
				OATENDIM

	recepção da Consulta Externa de Medicina Interna	<p>Qui-quadrado para Homogeneidade.</p> <p>Simulação de Monte Carlo e Teste de Fisher caso não se verifiquem os pressupostos: Não haver mais de 20% de categorias com frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada para cada categoria ser no mínimo 1.</p> <p>Regressão Ordinal com variáveis de acesso potencial e de acesso realizado onde foram detectadas diferenças entre os grupos</p>		QATENDIM
I-7 II-4	Conhecer a avaliação que o utente faz acerca do tempo que esperou para ser atendido antes da consulta		Números Naturais de 1 a 5	TEMPSALA
I-8 II-5	Conhecer a avaliação que o utente faz acerca do tempo que dispendeu entre a saída da consulta e a saída do HSJ		Números Naturais de 1 a 5	TEMPADM
I-9 II-6	Conhecer a percepção do respondente em relação ao atendimento pelo médico, nomeadamente:  a) Atenção dispensada; b) Informação transmitida acerca do seu estado de saúde; c) Partilha da tomada de decisão terapêutica; d) Informação transmitida sobre medicamentos prescritos; e) Informação transmitida sobre cuidados a seguir após a consulta; f) Desempenho global.		Números Naturais de 1 a 5	ATENCAO
				INFSAUDE
				DECISAOT
				INFMEDIC
				INFCUID
	DESEMPEN			
I-10 II-7	Conhecer o sentido e dimensão da satisfação global do utente em relação ao Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ	Números Naturais de 1 a 5	SATISGL	
I-12 II-9	Conhecer o sentido e dimensão do cumprimento das expectativas do utente em relação à última consulta de Medicina Interna que realizou no HSJ	Números Naturais de 1 a 5	CUMPEXPE	

I-13 II-10	Conhecer o sentido e dimensão da qualidade global percebida pelo utente em relação ao Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ	<p>Qui-quadrado para Homogeneidade.</p> <p>Simulação de Monte Carlo e Teste de Fisher caso não se verifiquem os pressupostos: Não haver mais de 20% de categorias com frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada para cada categoria ser no mínimo 1.</p> <p>Regressão Ordinal com variáveis de acesso potencial e de acesso realizado onde foram detectadas diferenças entre os grupos</p>	Números Naturais de 1 a 5	QUALIGL
I-14 II-11	Conhecer o sentido e dimensão da lealdade do utente em relação ao Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ		Números Naturais de 1 a 5	LEALDADE
I-15 II-12	Verificar o sentido e dimensão da probabilidade do utente recomendar o Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ a familiares, amigos ou colegas		Números Naturais de 1 a 5	RECOMEND

<b>Objectivo Específico:</b> Averiguar qual a percepção do grupo I (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) acerca dos <i>efeitos do encerramento do Hospital do Desterro no acesso</i> à consulta externa de Medicina Interna;				
<b>Item</b>	<b>Objectivo do Item</b>	<b>Classificação da Variável</b>	<b>Escala de Resposta</b>	<b>Notação na Base de Dados</b>
I-3	<p>Verificar se, desde a integração do Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro no Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ foi sentida, por parte do utente, alguma alteração:</p> <p>a) No tempo de espera para ser atendido antes da consulta;</p> <p>b) No tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do Hospital;</p> <p>c) No tempo dispendido na consulta;</p> <p>d) No médico assistente;</p> <p>e) No tempo de intervalo entre as suas consultas;</p> <p>f) Na qualidade global do serviço prestado na consulta</p>	<p>Moda</p> <p>Cruzamento com variáveis de Acesso Potencial Qualitativas (Qui-quadrado para Independência).</p> <p>Simulação de Monte Carlo e Teste de Fisher caso não se verifiquem os pressupostos: Não haver mais de 20% de categorias com frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada para cada categoria ser no mínimo 1.</p>	<p>1. Sim. Tornou-se mais longo</p> <p>2. Sim. Tornou-se mais curto</p> <p>3. Não</p> <p>99. Recusa</p>	ALTTESA
		<p>Simulação de Monte Carlo e Teste de Fisher caso não se verifiquem os pressupostos: Não haver mais de 20% de categorias com frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada para cada categoria ser no mínimo 1.</p>	<p>1. Sim. Tornou-se mais longo</p> <p>2. Sim. Tornou-se mais curto</p> <p>3. Não</p> <p>99. Recusa</p>	ALTTESS
		<p>Cruzamento com variáveis de Acesso Potencial Quantitativas (Se verificação das condições de aplicabilidade: Normalidade da distribuição ( Teste de Kolmogorov-Smirnov e Teste de Shapiro-Wilk) e Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)</p>	<p>1. Sim. Tornou-se mais longo</p> <p>2. Sim. Tornou-se mais curto</p> <p>3. Não</p> <p>99. Recusa</p>	ALTTCNS
		<p>ANOVA <i>one-way</i></p> <p>Se não verificação das condições de aplicabilidade do ANOVA <i>one-way</i>: Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis</p>	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p> <p>88. Não sabe</p> <p>99. Recusa</p>	ALTMEDIC
		<p>Cruzamento com variáveis de Acesso Realizado Qualitativas (Qualidade Global, Satisfação Global, Lealdade e Recomendação)</p>	<p>1. Sim. Tornaram-se mais espaçadas no tempo.</p> <p>2. Sim. Tornaram-se mais próximas umas das outras.</p> <p>3. Não</p> <p>99. Recusa</p>	ALTINTER
		<p>Qui-quadrado para Independência.</p>	<p>1. Sim. Para melhor</p> <p>2. Sim. Para pior</p> <p>3. Não</p> <p>99. Recusa</p>	ALTQGL
I-4	Conhecer a percepção do utente em relação à maior ou menor facilidade em obter uma consulta de Medicina Interna após a integração	<p>Simulação de Monte Carlo e Teste de Fisher caso não se verifiquem os pressupostos: Não haver mais de 20% de categorias com frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada para cada categoria ser no mínimo 1.</p>	<p>1. Muito mais fácil</p> <p>2. Mais fácil</p> <p>3. Nem mais fácil nem mais</p>	FACILIDA



	do Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro no Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ	<p>Cruzamento com variáveis de Acesso Realizado Quantitativas ( N° consultas comparecidas e não comparecidas)</p> <p>Se verificação das condições de aplicabilidade: Normalidade da distribuição ( Teste de Kolmogorov-Smirnov e Teste de Shapiro-Wilk) e Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)</p> <p>ANOVA <i>one-way</i></p> <p>Se não verificação das condições de aplicabilidade do ANOVA <i>one-way</i>: Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis</p> <p>Regressão Ordinal com variáveis de acesso potencial e de acesso realizado onde foram detectadas diferenças entre os grupos</p>	<p>difícil</p> <p>4. Mais difícil</p> <p>5. Muito mais difícil</p> <p>88. Não sabe</p> <p>99. Recusa</p>	
I-4.1	<p>Verificar se:</p> <p>a) a falta de conhecimentos no que respeita à marcação de uma consulta de Medicina Interna no HSJ;</p> <p>b) a falta de conhecimentos no que respeita à deslocação do domicílio ao HSJ;</p> <p>c) a falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até às instalações do Serviço de consulta Externa de Medicina Interna;</p> <p>d) a incompatibilidade do horário de funcionamento da consulta com a disponibilidade do utente;</p> <p>e) o tempo de espera para ser atendido antes da consulta;</p>	Moda	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p> <p>88. Não sabe</p> <p>99. Recusa</p>	DFCMARC
			<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p> <p>88. Não sabe</p> <p>99. Recusa</p>	DFCHSJ
			<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p> <p>88. Não sabe</p> <p>99. Recusa</p>	DFCCONS
			<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p> <p>88. Não sabe</p>	DINCOMPH

	<p>f) o tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do HSJ; g) os gastos totais de uma ida á consulta;</p> <p>constituem razões para que seja mais difícil usufruir de uma consulta de Medicina Interna após a integração do Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro no Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ</p>		99. Recusa	
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	DTEACON
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	DTEDPCON
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	DGASTOS
I-5	<p>Conhecer a percepção do utente em relação ao prejuízo/benefício inerente à integração do Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro no Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ</p>	<p>Quartis Moda</p> <p>Cruzamento com variáveis de Acesso Potencial Qualitativas (Qui-quadrado para Independência).</p> <p>Simulação de Monte Carlo e Teste de Fisher caso não se verifiquem os pressupostos: Não haver mais de 20% de categorias com frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada para cada categoria ser no mínimo 1.</p> <p>Cruzamento com variáveis de Acesso Potencial Quantitativas (Se verificação das condições de aplicabilidade: Normalidade da distribuição ( Teste de Kolmogorov-Smirnov e Teste de Shapiro-Wilk) e Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)</p> <p>ANOVA <i>one-way</i></p> <p>Se não verificação das condições de aplicabilidade do ANOVA <i>one-way</i>: Teste não-paramétrico de Kruskal-</p>	<p>1. Muito beneficiado 2. Beneficiado 3. Nem beneficiado nem prejudicado 4. Prejudicado 5. Muito prejudicado 88. Não sabe 99. Recusa</p>	BENEFPREJ

		<p>Wallis</p> <p>Cruzamento com variáveis de Acesso Realizado Qualitativas (Qualidade Global, Satisfação Global, Lealdade e Recomendação)</p> <p>Qui-quadrado para Independência.</p> <p>Simulação de Monte Carlo e Teste de Fisher caso não se verifiquem os pressupostos: Não haver mais de 20% de categorias com frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada para cada categoria ser no mínimo 1.</p> <p>Cruzamento com variáveis de Acesso Realizado Quantitativas (Nº consultas comparecidas e não comparecidas)</p> <p>Se verificação das condições de aplicabilidade: Normalidade da distribuição ( Teste de Kolmogorov- Smirnov e Teste de Shapiro-Wilk) e Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)</p> <p>ANOVA <i>one-way</i></p> <p>Se não verificação das condições de aplicabilidade do ANOVA <i>one-way</i>: Teste não-paramétrico de Kruskal- Wallis</p> <p>Regressão Ordinal com variáveis de acesso potencial e de acesso realizado onde foram detectadas diferenças entre os grupos</p>		
--	--	---	--	--

I-5.1	<p>Verificar se:</p> <p>a) o tempo de espera na sala de espera; b) o tempo de espera após a consulta c) a mudança de médico assistente; d) a qualidade do serviço; e) os gastos totais inerentes à deslocação à consulta num hospital diferente; f) a duração da consulta; g) o intervalo entre consultas.</p> <p>constituem aspectos em que o utente se sentiu prejudicado/beneficiado com a integração do Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro no Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ.</p>	Moda	1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	BPTESPSE
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	BPTESPDPCONS
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	BPMMED
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	BPQGL
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	BPGASTOS
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	BPTCONS
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	BPINTCONS

**Objectivo Específico:** *Verificar se determinadas condições* (falta de conhecimentos no que respeita à deslocação do domicílio ao HSJ, falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até às instalações do Serviço de consulta Externa de Medicina Interna, incompatibilidade do horário de funcionamento da consulta com a disponibilidade do utente, tempo de espera para ser atendido antes da consulta, tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do HSJ, gastos totais de uma ida á consulta e tempo dispendido na viagem do domicílio para o HSJ) *constituem razões para a não comparência do Grupo I* (utilizadores dos últimos três meses do serviço de consulta externa de Medicina Interna do Hospital do Desterro) *e do Grupo II* (utilizadores da consulta externa de Medicina Interna do Hospital de S. José, no período acima descrito) *à(s) consulta(s) de Medicina Interna marcada(s) nos últimos 12 meses no HSJ.*

I-2.1 II-2.1	<p>Verificar se:</p> <p>a) a falta de conhecimentos no que respeita à deslocação do domicílio ao HSJ;</p> <p>b) a falta de conhecimentos no que respeita à deslocação até às instalações do Serviço de consulta Externa de Medicina Interna;</p> <p>c) a incompatibilidade do horário de funcionamento da consulta com a disponibilidade do utente;</p> <p>d) o tempo de espera para ser atendido antes da consulta;</p> <p>e) o tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do HSJ;</p> <p>f) os gastos totais de uma ida á consulta;</p> <p>g) o tempo dispendido na viagem do domicílio para o HSJ;</p> <p>constituem razões para a não comparência à(s) consulta(s) de Medicina Interna marcadas nos últimos 12 meses no HSJ.</p>	<p>Moda</p> <p>Qui-quadrado para Homogeneidade.</p> <p>Simulação de Monte Carlo e Teste de Fisher caso não se verifiquem os pressupostos: Não haver mais de 20% de categorias com frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada para cada categoria ser no mínimo 1.</p>	1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	NCFCHSJ
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	NCFCCONS
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	NCINCOMP
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	NCTEACON
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	NCTEDPCO
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	NCGASTOS
			1. Sim 2. Não 88. Não sabe 99. Recusa	NCTVIAGE



## **ANEXO XI**

### **Tabelas de Regressão Ordinal**

Tabela 1A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Número de consultas marcadas de Medicina Interna no HSJ a que o utente não compareceu em 2008” – grupo I (HD) .

<b>Escolaridade</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Informações medico sobre estado saúde</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Cumprimento Expectativas</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
Não sabe ler nem escrever	5,631	,968	2	-4,271	,040	1	24,999	,000
Só sabe ler e escrever	-1,282	,114	3	1,993	,001	2	21,238	,000
Primeiro Ciclo	-1,356	,057	4	1,438	,001	3	22,724	,000
Ciclo Preparatório (6ºano)	-1,542	,079	5	0a	,040	4	0a	,000
Antigo 5º ano/9ºano	-2,001	,012			.			
Antigo 7ºano/12ºano	-19,297	,995						
Curso Superior	0a	,968						
<b>Situação Profissional</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>						
Empregado	-,483	,588						
Desempregado	1,696	,018						
Estudante	1,965	1,000						
Doméstico	-18,382	,996						
Reformado	0a	,588						

Tabela 2A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Número de consultas marcadas de Medicina Interna no HSJ a que o utente não compareceu em 2008” – grupo I (HD) + grupo II (HSJ) .

<b>Hospital</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Número Menores Idade</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Tempo espera</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
Grupo I (HD)	,636	,020		,488	,000	1	16,096	,000
Grupo II (HSJ)	0a	.				2	16,182	,000
						3	15,521	,000
						4	13,267	,000
						5	0a	,000
<b>Qualidade Global</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Situação Profissional</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Acessibilidade Percebida</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
2	,026		Empregado	-,286	,361	1	-,713	,197
3	-1,420		Desempregado	,897	,033	2	-1,173	,028
4	-2,183		Estudante	-1,438	,245	3	-,813	,119
5	0a		Doméstico	-,237	,517	4	-,965	,059
			Reformado	0a	.	5	0a	.
<b>Atendimento Administrativo</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Recomendação</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>			
1	-,594	,397	1	,076	,897			
2	-,721	,234	2	-,699	,139			
3	-,842	,130	3	-1,100	,004			
4	-1,186	,030	4	-,771	,021			
5	0a	.	5	0a	.			

Tabela 3A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Percepção sobre a qualidade do atendimento pelo Administrativo” – grupo I (HD).

<b>Numero consultas a que faltou</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Número Menores Idade</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Facilidade</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
	-,376	,013		,275	,051	Mais fácil	2,173	,027
						Nem mais fácil nem mais difícil	,553	,449
						Mais difícil	,853	,195
						Muito mais difícil	0a	.
<b>Benefício/Prejuízo</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Qualidade Global</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Satisfação Global</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
Muito beneficiado	-3,721	,028	2	1,366	,123	2	,078	,928
Beneficiado	,039	,965	3	1,102	,127	3	1,106	,138
Nem beneficiado nem prejudicado	-1,327	,093	4	1,301	,053	4	1,399	,043
Prejudicado	-1,170	,068	5	0a	.	5	0a	.
Muito prejudicado	0a	.						
<b>Lealdade</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>						
1	-2,595	,000						
2	-1,611	,001						
3	-1,583	,000						
4	-1,198	,004						
5	0a	.						



Tabela 4A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Percepção sobre a qualidade do atendimento pelo Administrativo” – grupo I (HD) + grupo II (HSJ) .

Hospital	Estimativa	p	Situação Profissional	Estimativa	p	Acessibilidade Percebida	Estimativa	p
<b>Grupo I (HD)</b>	-,509	,004	<b>Empregado</b>	-,693		<b>1</b>	-1,009	,052
<b>Grupo II (HSJ)</b>	0a		<b>Desempregado</b>	-,864		<b>2</b>	-1,717	,001
			<b>Estudante</b>	-2,465		<b>3</b>	-1,639	,001
			<b>Doméstico</b>	-,125		<b>4</b>	-1,112	,024
			<b>Reformado</b>	0a		<b>5</b>	0a	.
Informação sobre estado de saúde	Estimativa	p	Envolvimento na decisão terapêutica	Estimativa	p	Cumprimento Expectativas	Estimativa	p
<b>2</b>	,089	,874	<b>1</b>	,602	,694	<b>1</b>	-2,661	,004
<b>3</b>	,189	,633	<b>2</b>	-,435	,358	<b>2</b>	-2,034	,005
<b>4</b>	,995	,001	<b>3</b>	-,847	,017	<b>3</b>	-1,921	,005
<b>5</b>	0a	.	<b>4</b>	-1,738	,000	<b>4</b>	-1,371	,042
			<b>5</b>	0a	.	<b>5</b>	0a	.
Satisfação Global	Estimativa	p	Lealdade	Estimativa	p	Recomendação	Estimativa	p
<b>2</b>	-,065	,897	<b>1</b>	-,345	,444	<b>1</b>	-2,392	,000
<b>3</b>	,468	,211	<b>2</b>	-,586	,082	<b>2</b>	-1,328	,000
<b>4</b>	,989	,002	<b>3</b>	-,631	,017	<b>3</b>	-,038	,887
<b>5</b>	0a	.	<b>4</b>	-,923	,000	<b>4</b>	,042	,855
			<b>5</b>	0 <sup>a</sup>	.	<b>5</b>	0a	.



Tabela 6A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Percepção sobre o tempo de espera imediatamente antes da consulta” – grupo I (HD) + grupo II (HSJ).

<b>Numero consultas a que faltou</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Hospital</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Situação Profissional</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
	-,521	,000	<b>Grupo I (HD)</b>	-,360	,013	<b>Empregado</b>	-,421	,004
			<b>Grupo II (HSJ)</b>	0a	.	<b>Desempregado</b>	-,252	,312
						<b>Estudante</b>	-5,285	,463
						<b>Doméstico</b>	-,921	,001
						<b>Reformado</b>	0a	.
<b>Qualidade atendimento pelo administrativo</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Informação sobre estado de saúde</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Satisfação Global</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
<b>1</b>	-1,655	,002	<b>2</b>	,680	,120	<b>2</b>	-,981	,046
<b>2</b>	-,957	,055	<b>3</b>	,239	,340	<b>3</b>	-,417	,277
<b>3</b>	-,866	,047	<b>4</b>	-,318	,025	<b>4</b>	,802	,014
<b>4</b>	-,831	,053	<b>5</b>	0a	.	<b>5</b>	0a	.
<b>5</b>	0a	.						
<b>Qualidade Global</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Lealdade</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Recomendação</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
<b>2</b>	,430	,578	<b>1</b>	-1,873	,000	<b>1</b>	1,235	,027
<b>3</b>	-1,294	,001	<b>2</b>	-,657	,018	<b>2</b>	-,111	,733
<b>4</b>	-1,747	,000	<b>3</b>	-,933	,000	<b>3</b>	,222	,294
<b>5</b>	0a	.	<b>4</b>	-,406	,041	<b>4</b>	-,058	,750
			<b>5</b>	0a	.	<b>5</b>	0a	.

Tabela 7A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Percepção sobre a qualidade da informação transmitida pelo médico acerca do estado de saúde” – grupo I (HD).

Envolvimento Decisão Terapêutica	Estimativa	p	Alterações na Qualidade Global	Estimativa	p
2	-8,195	,000	Sim, para melhor.	-,883	,125
3	-5,873	,000	Sim, para pior.	-,886	,002
4	-4,676	,000	Não	0a	.
5	0a	.			

Tabela 8A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Percepção sobre a qualidade da informação transmitida pelo médico acerca do estado de saúde” – grupo I (HD) + grupo II (HSJ).

Número Menores Idade	Estimativa	p	Idade	Estimativa	p	Estado Civil	Estimativa	p
	,520	,016	< 25	2,279	,057	Solteiro	3,269	,010
			[25-45[	-,491	,382	Casado	2,938	,017
			[45-65[	-,694	,045	Viúvo	3,450	,005
			[65-99]	0a	.	Divorciado	5,004	,000
						Unido de Facto	3,743	,009
						Separado	0a	.
Situação Profissional	Estimativa	p	Escolaridade	Estimativa	p	Acessibilidade Percebida	Estimativa	p
Empregado	-,344	,404	Não sabe ler nem escrever	3,411	,000	1	1,302	,082
Desempregado	-,037	,945	Só sabe ler e escrever	-,317	,575	2	2,398	,001
Estudante	-5,514	,000	Primeiro Ciclo	,931	,044	3	2,219	,002
Doméstico	-,017	,970	Ciclo Preparatório (6ºano)	,716	,199	4	2,927	,000
Reformado	0a	.	Antigo 5º ano/9ºano	,506	,236	5	0a	.
			Antigo 7ºano/12ºano	-1,228	,031			
			Curso Superior	0a	.			
Envolvimento Decisão Terapêutica	Estimativa	p	Qualidade Global	Estimativa	p	Lealdade	Estimativa	p
1	-19,391	,014	2	-4,535	,000	1	-,125	,839
2	-9,388	,000	3	-3,448	,000	2	-,389	,364
3	-8,642	,000	4	-1,381	,028	3	-,268	,483
4	-6,482	,000	5	0a	.	4	-1,664	,000
5	0ª	.				5	0ª	.

Tabela 9A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica” – grupo I (HD).

<b>Numero consultas a que faltou</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Alterações qualidade global</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Situação Profissional</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
	-,620	,005	<b>Sim, para melhor.</b>	,138	,822	<b>Empregado</b>	-,746	,053
			<b>Sim, para pior.</b>	,726	,036	<b>Desempregado</b>	-1,057	,030
			<b>Não</b>	0a	.	<b>Estudante</b>	,251	,773
						<b>Doméstico</b>	-,232	,730
						<b>Reformado</b>	0 <sup>a</sup>	.
<b>Informação sobre estado de saúde</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Cumprimento das Expectativas</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Lealdade</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
<b>2</b>	-6,536	,003	<b>2</b>	-2,311	,019	<b>1</b>	-3,073	,005
<b>3</b>	-7,348	,000	<b>3</b>	,063	,921	<b>2</b>	-1,439	,123
<b>4</b>	-4,910	,000	<b>4</b>	-,059	,912	<b>3</b>	-1,432	,092
<b>5</b>	0 <sup>a</sup>	.	<b>5</b>	0 <sup>a</sup>	.	<b>4</b>	-,363	,694
						<b>5</b>	0 <sup>a</sup>	.
<b>Recomendação</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>						
<b>1</b>	1,704	,120						
<b>2</b>	1,906	,027						
<b>3</b>	1,430	,058						
<b>4</b>	1,252	,098						
<b>5</b>	0 <sup>a</sup>	.						

Tabela 10A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Percepção sobre o envolvimento na decisão terapêutica” – grupo I (HD) + grupo II (HSJ).

<b>Informação sobre estado de saúde</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Cumprimento Expectativas</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Qualidade Global</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
<b>2</b>	-5,050	,000	<b>1</b>	-4,206	,001	<b>2</b>	1,731	,050
<b>3</b>	-5,349	,000	<b>2</b>	-1,217	,247	<b>3</b>	,543	,350
<b>4</b>	-3,016	,000	<b>3</b>	-,962	,347	<b>4</b>	,508	,342
<b>5</b>	0a	.	<b>4</b>	-,748	,468	<b>5</b>	0 <sup>a</sup>	.
			<b>5</b>	0 <sup>a</sup>	.			

Tabela 11A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Cumprimento das expectativas prévias à consulta de MI” – grupo I (HD).

<b>Benefício/Prejuízo</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Satisfação Global</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
<b>Muito beneficiado</b>	-,452	,693	<b>2</b>	-2,968	,000
<b>Beneficiado</b>	,174	,718	<b>3</b>	-1,403	,006
<b>Nem beneficiado nem prejudicado</b>	-,371	,282	<b>4</b>	-,246	,612
<b>Prejudicado</b>	-,792	,004	<b>5</b>	0a	.
<b>Muito prejudicado</b>	0 <sup>a</sup>	.			

Tabela 12A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Cumprimento das expectativas prévias à consulta de MI” – grupo I (HD) + grupo II (HSJ).

<b>Situação Profissional</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Expectativas Prévias</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Qualidade atendimento pelo administrativo</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
Empregado	,063	,754	<b>2</b>	-1,005	,228	<b>1</b>	-1,725	,003
Desempregado	-,597	,060	<b>3</b>	-2,615	,001	<b>2</b>	-,538	,344
Estudante	1,964	,002	<b>4</b>	-2,754	,001	<b>3</b>	-,472	,351
Doméstico	,758	,016	<b>5</b>	0 <sup>a</sup>	.	<b>4</b>	-,309	,527
Reformado	0 <sup>a</sup>	.				<b>5</b>	0 <sup>a</sup>	.
<b>Envolvimento na Decisão Terapêutica</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Informação sobre estado de saúde</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Qualidade Global</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
<b>1</b>	3,364	,047	<b>2</b>	-1,203	,043	<b>2</b>	-2,641	,001
<b>2</b>	-,100	,829	<b>3</b>	-1,042	,006	<b>3</b>	-1,683	,000
<b>3</b>	,598	,072	<b>4</b>	-,371	,193	<b>4</b>	-1,078	,003
<b>4</b>	,712	,014	<b>5</b>	0a	.	<b>5</b>	0 <sup>a</sup>	.
<b>5</b>	0a	.						
<b>Satisfação Global</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>						
<b>2</b>	-2,721	,000						
<b>3</b>	-1,770	,000						
<b>4</b>	-,897	,019						
<b>5</b>	0a	.						

Tabela 13A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Qualidade Global percebida” – grupo I (HD).

Escolaridade	Estimativa	p	Satisfação Global	Estimativa	p
Não sabe ler nem escrever	,257	,696	2	-8,057	,000
Só sabe ler e escrever	1,367	,005	3	-4,856	,000
Primeiro Ciclo	,666	,103	4	-2,411	,000
Ciclo Preparatório (6ºano)	,641	,231	5	0 <sup>a</sup>	.
Antigo 5º ano/9ºano	,792	,076			
Antigo 7ºano/12ºano	2,744	,000			
Curso Superior	0 <sup>a</sup>	.			

Tabela 14A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Qualidade Global percebida” – grupo I (HD) + grupo II (HSJ).

Escolaridade	Estimativa	p	Qualidade atendimento pelo administrativo	Estimativa	p	Informação sobre estado de saúde	Estimativa	p
Não sabe ler nem escrever	,250	,675	1	-2,545	,001	2	-2,267	,001
Só sabe ler e escrever	,773	,044	2	-2,024	,007	3	-1,029	,024
Primeiro Ciclo	,214	,521	3	-1,316	,055	4	-1,335	,000
Ciclo Preparatório (6ºano)	,120	,761	4	-1,649	,015	5	0 <sup>a</sup>	.
Antigo 5º ano/9ºano	-,019	,958	5	0 <sup>a</sup>	.			
Antigo 7ºano/12ºano	1,396	,001						
Curso Superior	0 <sup>a</sup>	.						
Envolvimento Decisão Terapêutica	Estimativa	p	Tempo espera antes da consulta	Estimativa	p	Satisfação Global	Estimativa	p
1	5,829	,020	1	3,854	,023	2	-6,046	,000
2	-,238	,671	2	3,376	,045	3	-4,770	,000
3	,861	,023	3	3,810	,024	4	-2,402	,000
4	1,110	,001	4	4,273	,013	5	0 <sup>a</sup>	.
5	0 <sup>a</sup>	.	5	0 <sup>a</sup>	.			

Tabela 15A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Satisfação Global” – grupo I (HD).

Cumprimento Expectativas	Estimativa	p	Qualidade Global	Estimativa	p	Recomendação	Estimativa	p
1	-,948	,626	2	-7,134	,000	1	-2,903	,000
2	-1,753	,000	3	-4,038	,000	2	-1,788	,000
3	-1,295	,000	4	-2,620	,000	3	-1,756	,000
4	0 <sup>a</sup>	.	5	0 <sup>a</sup>	.	4	-1,332	,000
						5	0 <sup>a</sup>	.

Tabela 16A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Satisfação Global” – grupo I (HD) + grupo II (HSJ).

Número Menores Idade	Estimativa	p	Hospital	Estimativa	p	Situação Profissional	Estimativa	p
	-,372	,001	Grupo I (HD)	-,482	,009	1	,832	,000
			Grupo 2 (HSJ)	0 <sup>a</sup>	.	2	,378	,209
						3	-1,305	,030
						4	-,104	,777
						5	0 <sup>a</sup>	.
Informação sobre estado de saúde	Estimativa	p	Envolvimento Decisão Terapêutica	Estimativa	p	Qualidade Global	Estimativa	p
2	-,025	,970	1	-9,464	,312	2	-6,868	,000
3	-1,024	,017	2	1,031	,048	3	-4,611	,000
4	,423	,193	3	-,883	,019	4	-2,696	,000
5	0 <sup>a</sup>	.	4	-,474	,143	5	0 <sup>a</sup>	.
			5	0 <sup>a</sup>	.			
Lealdade	Estimativa	p	Recomendação	Estimativa	p			
1	-,845	,084	1	-3,267	,000			
2	-,732	,048	2	-1,309	,001			
3	-1,072	,000	3	-1,215	,000			
4	-,932	,001	4	-,659	,011			
5	0 <sup>a</sup>	.	5	0 <sup>a</sup>	.			



Tabela 17A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Lealdade”– grupo I (HD).

<b>Escolaridade</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Alterações na Qualidade Global</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Acessibilidade Percebida</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
Não sabe ler nem escrever	,987	,220	Sim, para melhor.	,579	,135	1	-2,486	,015
Só sabe ler e escrever	-,263	,574	Sim, para pior.	-1,203	,000	2	-1,805	,062
Primeiro Ciclo	,020	,958	Não	0 <sup>a</sup>	.	3	-1,347	,169
Ciclo Preparatório (6ºano)	-,125	,805				4	-1,551	,115
Antigo 5º ano/9ºano	-,987	,021				5	0 <sup>a</sup>	.
Antigo 7ºano/12ºano	-,499	,416						
Curso Superior	0 <sup>a</sup>	.						
<b>Informação sobre estado de saúde</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Envolvimento Decisão Terapêutica</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Cumprimento Expectativas</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
2	2,666	,831	2	-4,243	,000	1	-,367	,753
3	3,264	,000	3	-4,505	,000	2	-,930	,045
4	3,981	,000	4	-4,882	,000	3	,009	,982
5	0 <sup>a</sup>	.	5	0 <sup>a</sup>	.	4	0 <sup>a</sup>	.
<b>Recomendação</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>						
1	-6,204	,000						
2	-2,621	,000						
3	-2,051	,000						
4	-1,200	,001						
5	0 <sup>a</sup>	.						

Tabela 18A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Lealdade” – grupo I (HD) + grupo II (HSJ).

<b>Número Menores Idade</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Hospital</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Situação Profissional</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>
	,204	,028	<b>Grupo I (HD)</b>	-,707	,000	<b>Empregado</b>	-,158	,341
			<b>Grupo 2 (HSJ)</b>	0 <sup>a</sup>	.	<b>Desempregado</b>	-,091	,706
						<b>Estudante</b>	1,422	,009
						<b>Doméstico</b>	-,148	,648
						<b>Reformado</b>	0 <sup>a</sup>	.
<b>Informação sobre estado de saúde</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>	<b>Recomendação</b>	<b>Estimativa</b>	<b>p</b>			
<b>2</b>	-1,931	,000	<b>1</b>	-4,866	,000			
<b>3</b>	-1,629	,000	<b>2</b>	-3,136	,000			
<b>4</b>	-,863	,000	<b>3</b>	-2,039	,000			
<b>5</b>	0 <sup>a</sup>	.	<b>4</b>	-1,160	,000			
			<b>5</b>	0 <sup>a</sup>	.			

Tabela 19A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Recomendação”– grupo I (HD).

Número Menores Idade	Estimativa	p	Idade	Estimativa	p	Escolaridade	Estimativa	p
	-,486	,002	< 25	-1,101	,333	Não sabe ler nem escrever	2,035	,041
			[25-45[	-,350	,538	Só sabe ler e escrever	,849	,124
			[45-65[	,640	,032	Primeiro Ciclo	-,316	,471
			[65-99]	0 <sup>a</sup>	.	Ciclo Preparatório (6ºano)	-,423	,449
						Antigo 5ºano/9ºano	,282	,520
						Antigo 7ºano/12ºano	1,060	,103
						Curso Superior	0 <sup>a</sup>	.
Situação Profissional	Estimativa	p	Alterações na duração da consulta	Estimativa	p	Benefício/Prejuízo	Estimativa	p
Empregado	-,721	,094	Sim. Tornou-se mais longo	-2,919	,011	Muito beneficiado	-1,664	,251
Desempregado	-2,343	,000	Sim. Tornou-se mais curto	-,138	,611	Beneficiado	-1,209	,035
Estudante	1,020	,438	Não	0 <sup>a</sup>	.	Nem beneficiado nem prejudicado	-,620	,177
Doméstico	1,295	,031				Prejudicado	-,224	,536
Reformado	0 <sup>a</sup>	.				Muito prejudicado	0 <sup>a</sup>	.
Informação sobre estado de saúde	Estimativa	p	Envolvimento Decisão Terapêutica	Estimativa	p	Satisfação Global	Estimativa	p
2	-4,351	,896	2	3,800	,001	2	-4,412	,000
3	-3,497	,000	3	3,416	,000	3	-3,401	,000
4	-3,182	,000	4	3,198	,000	4	-2,276	,007
5	0 <sup>a</sup>	.	5	0 <sup>a</sup>	.	5	0 <sup>a</sup>	.
Lealdade	Estimativa	p						
1	-6,425	,000						
2	-3,252	,000						
3	-2,013	,000						
4	-1,249	,003						
5	0 <sup>a</sup>	.						

Tabela 20A – Modelo de Regressão Ordinal para a variável “Recomendação” – grupo I (HD) + grupo II (HSJ).

Hospital	Estimativa	p	Escolaridade	Estimativa	p	Estado Civil	Estimativa	p
Grupo I (HD)	-,407	,018	Não sabe ler nem escrever	-,121	,812	Solteiro	1,471	,086
Grupo 2 (HSJ)	0 <sup>a</sup>	.	Só sabe ler e escrever	-,420	,243	Casado	1,213	,145
			Primeiro Ciclo	-,162	,586	Viúvo	,805	,343
			Ciclo Preparatório (6ºano)	,702	,044	Divorciado	1,951	,029
			Antigo 5º ano/9ºano	-,113	,686	Unido de Facto	1,412	,137
			Antigo 7ºano/12ºano	,031	,936	Separado	0 <sup>a</sup>	.
			Curso Superior	0 <sup>a</sup>	.			
Situação Profissional	Estimativa	p	Qualidade atendimento pelo administrativo	Estimativa	p	Informação sobre estado de saúde	Estimativa	p
Empregado	-1,182	,000	1	-3,282	,017	2	-,595	,228
Desempregado	-1,833	,000	2	-2,855	,040	3	-,140	,611
Estudante	-,897	,138	3	-3,366	,014	4	-,432	,012
Doméstico	,748	,051	4	-3,291	,016	5	0 <sup>a</sup>	.
Reformado	0 <sup>a</sup>	.	5	0 <sup>a</sup>	.			
Qualidade Global	Estimativa	p	Satisfação Global	Estimativa	p	Lealdade	Estimativa	p
2	-2,138	,008	2	-3,390	,000	1	-3,972	,000
3	-,353	,502	3	-3,150	,000	2	-2,283	,000
4	,645	,193	4	-2,724	,000	3	-1,767	,000
5	0 <sup>a</sup>	.	5	0 <sup>a</sup>	.	4	-,951	,000
						5	0 <sup>a</sup>	.



## **ANEXO XII**

### **Tabelas de Qui-Quadrado**

**Fonte para todas as tabelas: SPSS 17**

**Tabela 1 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta com as Expectativas antes da última consulta

Expectativa sobre a qualidade geral antes da última consulta						
Alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta		2	3	4	5	Valor de p obtido através do teste exacto de Fisher
Sim. Tornou-se mais longo	Freq Obs	29	86	30	0	p=0,000
	Resíduo	1,6	1,0	-2,3	-0,8	
Sim. Tornou-se mais curto	Freq Obs	0	3	6	1	
	Resíduo	-1,2	-1,0	1,6	4,4	
Não	Freq Obs	3	26	31	0	
	Resíduo	-2,0	-1,1	2,8	-0,5	
Total		32	115	67	1	

**Tabela 2B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta com o Estado Civil

Estado Civil								
Alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta		Solteiro	Casado	Viúvo	Divorciado	União de facto	Separado de facto	Valor de p obtido através do teste exacto de Fisher
Sim. Tornou-se mais longo	Freq Obs	21	83	29	4	5	3	p=0,002
	Resíduo	0,5	0,9	-1,7	-0,8	0,9	0,7	
Sim. Tornou-se mais curto	Freq Obs	1	4	2	3	0	0	
	Resíduo	-0,3	-0,5	-0,4	4,0	-0,5	-0,4	
Não	Freq Obs	6	24	28	2	0	0	
	Resíduo	-0,6	-1,3	2,8	-0,3	-1,2	-0,9	
Total		28	111	59	9	5	3	

**Tabela 3B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta com a Situação Profissional

Situação Profissional							Valor de p obtido através do teste exacto de Fisher
Alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta		Empregado	Desempregado	Estudante	Doméstico	Reformado	
Sim. Tornou-se mais longo	Freq Obs	24	21	2	6	91	p=0.011
	Resíduo	0,1	1,8	0,0	1,0	-0,9	
Sim. Tornou-se mais curto	Freq Obs	1	0	0	0	9	
	Resíduo	-0,5	-1,0	-0,4	-0,5	0,8	
Nao	Freq Obs	10	0	1	0	50	
	Resíduo	0,0	-2,4	0,2	-1,3	1,1	
Total		35	21	3	6	150	

**Tabela 4B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta com a Situação Familiar

Situação Familiar					Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
Alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta		Sozinho	Acompanhado	Em ambiente familiar	
Sim. Tornou-se mais longo	Freq Obs	25	66	53	p=0,063
	Resíduo	-1,2	-0,1	1,1	
Sim. Tornou-se mais curto	Freq Obs	2	6	2	
	Resíduo	-0,1	0,6	-0,7	
Não	Freq Obs	20	28	13	
	Resíduo	1,8	0,0	-1,4	
Total		47	152	68	

**Tabela 5B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta com o Cumprimento das expectativas antes da última consulta

Cumprimento das Expectativas sobre a qualidade geral da última consulta						
Alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta		2	3	4	5	Valor de p obtido através do teste exacto de Fisher
Sim. Tornou-se mais longo	Freq Obs	7	35	97	6	p=0,000
	Resíduo	1,0	1,9	-0,5	-1,8	
Sim. Tornou-se mais curto	Freq Obs	0	0	7	3	
	Resíduo	-0,6	-1,3	0,0	2,4	
Não	Freq Obs	0	3	48	9	
	Resíduo	-1,4	-2,3	0,9	1,8	
Total		7	38	152	18	

**Tabela 6 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta com a Qualidade global percebida

Qualidade Global Percepçionada						
Alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta		2	3	4	5	Valor de p obtido através do teste exacto de Fisher
Sim. Tornou-se mais longo	Freq Obs	10	81	53	1	p=0,000
	Resíduo	1,3	1,9	-1,8	-1,9	
Sim. Tornou-se mais curto	Freq Obs	0	0	6	4	
	Resíduo	-0,7	-2,1	0,6	5,9	
Não	Freq Obs	0	16	41	3	
	Resíduo	-1,7	-2,1	2,5	0,5	
Total		10	97	100	8	



**Tabela 7B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta com a Satisfação global

Satisfação Global						
Alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta		2	3	4	5	Valor de p obtido através do teste exacto de Fisher
Sim. Tornou-se mais longo	Freq Obs	23	93	29	0	p=0,000
	Resíduo	1,9	1,7	-2,5	-2,3	
Sim. Tornou-se mais curto	Freq Obs	0	0	8	2	
	Resíduo	-1,0	-2,3	2,7	2,7	
Não	Freq Obs	0	23	31	6	
	Resíduo	-2,5	-1,6	2,8	2,5	
Total		23	116	68	8	

**Tabela 8 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta com a Lealdade

Alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta		Lealdade					Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo
		1	2	3	4	5	
Sim. Tornou-se mais longo	Freq Obs	9	41	60	27	8	p = 0,000
	Resíduo	0,3	1,1	1,3	-1,6	-1,9	
Sim. Tornou-se mais curto	Freq Obs	0	0	0	4	6	
	Resíduo	-0,7	-1,5	-1,9	0,9	4,8	
Não	Freq Obs	3	10	15	23	9	
	Resíduo	-0,2	-1,1	-1,3	2,0	1,0	
Total		12	51	75	54	23	215

**Tabela 9 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta com a Recomendação

Alterações do tempo de espera imediatamente antes da consulta		Recomendação					Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		1	2	3	4	5	
Sim. Tornou-se mais longo	Freq Obs	7	27	61	39	11	p = 0,000
	Resíduo	0,4	1,7	1,3	-1,4	-1,8	
Sim. Tornou-se mais curto	Freq Obs	0	0	0	6	4	
	Resíduo	-0,6	-1,2	-1,9	1,4	2,4	
Não	Freq Obs	2	2	16	27	13	
	Resíduo	-0,3	-2,1	-1,2	1,5	1,9	
Total		9	29	77	72	28	215

**Tabela 10 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações do tempo de duração da consulta da consulta com o Estado de saúde percebido

Percepção do utente acerca de alterações no tempo de duração da consulta após o encerramento do HD		Estado de saúde percebido					Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Muito Mau	
Sim. Tornou-se mais longo	Freq Obs	0	2	0	0	0	p = 0,016
	Resíduo	-0,2	2,4	-0,9	-0,7	-0,6	
Sim. Tornou-se mais curto	Freq Obs	2	5	30	13	12	
	Resíduo	0,5	-2,3	1,2	-0,2	0,7	
Não	Freq Obs	3	39	53	34	22	
	Resíduo	-0,3	1,2	-0,7	0,2	-0,4	
Total		5	46	83	47	34	215

**Tabela 11 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações do tempo de duração da consulta com as Expectativas antes da última consulta

Percepção do utente acerca de alterações no tempo de duração da consulta após o encerramento do HD		Expectativa sobre a qualidade geral antes da última consulta				Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		2	3	4	5	
Sim. Tornou-se mais longo	Freq Obs	0	2	0	0	p = 0,016
	Resíduo	-0,5	0,9	-0,8	0,0	
Sim. Tornou-se mais curto	Freq Obs	9	44	9	0	
	Resíduo	0,0	1,9	-2,3	-0,5	
Não	Freq Obs	23	69	58	1	
	Resíduo	0,1	-1,3	1,6	0,4	
Total		32	115	67	1	215

**Tabela 12 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações do tempo de duração da consulta com a Situação profissional

Percepção do utente acerca de alterações no tempo de duração da consulta após o encerramento do HD		Situação profissional					Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		Empregado	Desempregado	Estudante	Doméstico	Reformado	
Sim. Tornou-se mais longo	Freq Obs	0	0	0	0	2	p = 0,028
	Resíduo	-0,6	-0,4	-0,2	-0,2	0,5	
Sim. Tornou-se mais curto	Freq Obs	8	1	2	0	50	
	Resíduo	-0,7	-2,1	1,2	-1,3	1,0	
Não	Freq Obs	27	20	1	6	98	
	Resíduo	0,5	1,4	-0,8	0,9	-0,7	
Total		35	21	3	6	150	215

**Tabela 13 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na Qualidade global da consulta com o Estado de saúde percebido

Percepção do utente acerca de alterações na qualidade global do serviço prestado na consulta após o encerramento do HD		Estado de saúde percebido					Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo, com nível de confiança de 95%.
		Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Muito Mau	
Sim, para melhor	Freq Obs	0	9	1	3	0	p = 0,000
	Resíduo	-0,5	3,7	-1,8	0,1	-1,4	
Sim, para pior	Freq Obs	2	20	62	19	26	
	Resíduo	-0,6	-1,4	1,7	-1,7	1,2	
Não	Freq Obs	3	17	20	25	8	
	Resíduo	1,0	0,3	-1,5	2,3	-1,0	
Total		5	46	833	47	34	215

**Tabela 14 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na Qualidade global da consulta com as Expectativas prévias à última consulta

Percepção do utente acerca de alterações na qualidade global do serviço prestado na consulta após o encerramento do HD		Expectativa sobre a qualidade geral antes da última consulta				Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		2.00	3.00	4.00	5.00	
Sim, para melhor	Freq Obs	0	4	9	0	p = 0,000
	Resíduo	-1,4	-1,1	2,5	-0,2	
Sim, para pior	Freq Obs	27	80	22	0	
	Resíduo	1,8	1,3	-2,9	-0,8	
Não	Freq Obs	5	31	36	1	
	Resíduo	-1,8	-1,3	2,8	1,1	
Total		32	115	67	1	215

**Tabela 15 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na Qualidade global da consulta com a Situação profissional

Percepção do utente acerca de alterações na qualidade global do serviço prestado na consulta após o encerramento do HD		Situação profissional					Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		Empregado	Desempregado	Estudante	Doméstico	Reformado	
Sim, para melhor	Freq Obs	2	0	1	0	11	p = 0,028
	Resíduo	0,0	-1,1	1,8	-0,6	0,6	
Sim, para pior	Freq Obs	24	18	0	5	81	
	Resíduo	0,7	1,5	-1,3	0,8	-0,9	
Não	Freq Obs	9	3	2	1	58	
	Resíduo	-0,8	-1,5	1,0	-0,7	1,0	
Total		35	21	3	6	150	215

**Tabela 16 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na Qualidade global da consulta com o Cumprimento das expectativas

Percepção do utente acerca de alterações na qualidade global do serviço prestado na consulta após o encerramento do HD		Cumprimento das expectativas em relação à última consulta de Medicina Interna no HSJ				Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		1.00	2.00	3.00	4.00	
Sim, para melhor	Freq Obs	0	1	10	2	p = 0,001
	Resíduo	-0,7	-0,9	0,3	0,9	
Sim, para pior	Freq Obs	7	32	84	6	
	Resíduo	1,4	1,9	-0,8	-1,5	
Não	Freq Obs	0	5	58	10	
	Resíduo	-1,5	-2,2	0,9	1,6	
Total		7	38	152	18	215

**Tabela 17 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na Qualidade global da consulta com a Qualidade Global percebida.

Percepção do utente acerca de alterações na qualidade global do serviço prestado na consulta após o encerramento do HD		Qualidade global percebida				Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		2.00	3.00	4.00	5.00	
Sim, para melhor	Freq Obs	0	0	11	2	p = 0,000
	Resíduo	-0,8	-2,4	2,0	2,2	
Sim, para pior	Freq Obs	10	81	36	2	
	Resíduo	1,6	3	-3,1	-1,3	
Não	Freq Obs	0	16	53	4	
	Resíduo	-1,8	-3,0	3,3	0,8	
Total		10	97	100	8	215

**Tabela 18 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na Qualidade global da consulta com a Satisfação global

Percepção do utente acerca de alterações na qualidade global do serviço prestado na consulta após o encerramento do HD		Satisfação global com a experiência na Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ				Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		2.00	3.00	4.00	5.00	
Sim, para melhor	Freq Obs	0	3	9	1	p = 0,000
	Resíduo	-1,2	-1,5	2,4	0,7	
Sim, para pior	Freq Obs	23	89	17	0	
	Resíduo	2,5	2,3	-3,7	-2,2	
Não	Freq Obs	0	24	42	7	
	Resíduo	-2,8	-2,5	3,9	2,6	
Total		23	116	68	8	215

**Tabela 19 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na Qualidade global da consulta com a Lealdade

Percepção do utente acerca de alterações na qualidade global do serviço prestado na consulta após o encerramento do HD		Lealdade					Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo, com nível de confiança de 95%.
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00	
Sim, para melhor	Freq Obs	0	0	0	10	3	p = 0,000
	Resíduo	-0,9	-1,8	-2,1	3,7	1,4	
Sim, para pior	Freq Obs	9	45	56	14	5	
	Resíduo	0,7	2,6	1,6	-3,2	-2,4	
Não	Freq Obs	3	6	19	30	15	
	Resíduo	-0,5	-2,7	-1,3	2,7	2,6	
Total		12	51	75	54	23	215

**Tabela 20 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na Qualidade global da consulta com a Recomendação

Percepção do utente acerca de alterações na qualidade global do serviço prestado na consulta após o encerramento do HD		Recomendação					Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo, com nível de confiança de 95%.
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00	
Sim, para melhor	Freq Obs	0	0	0	10	3	p = 0,000
	Resíduo	-0,7	-1,3	-2,2	2,7	1,0	
Sim, para pior	Freq Obs	7	28	63	24	7	
	Resíduo	0,7	2,5	2,5	-2,9	-2,4	
Não	Freq Obs	2	1	14	38	18	
	Resíduo	-0,6	-2,8	-2,4	2,7	2,8	
Total		9	29	77	72	28	215

**Tabela 21 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na facilidade em obter uma consulta com as Expectativas antes da última consulta

Percepção do utente acerca da maior ou menor facilidade em obter uma consulta de Medicina Interna após o encerramento do HD		Expectativa sobre a qualidade geral antes da última consulta				Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		2.00	3.00	4.00	5.00	
Mais fácil	Freq Obs	0	6	2	0	p = 0,000
	Resíduo	-1,1	0,8	-0,3	-0,2	
Nem mais fácil nem mais difícil	Freq Obs	3	26	35	1	
	Resíduo	-2,1	-1,5	3,3	1,3	
Mais difícil	Freq Obs	16	61	28	0	
	Resíduo	0,1	0,6	-0,8	-0,7	
Muito mais difícil	Freq Obs	13	22	2	0	
	Resíduo	3,2	0,5	-2,8	-0,4	
Total		32	115	67	1	215

**Tabela 22 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na facilidade em obter uma consulta com as Expectativas antes da última consulta

Percepção do utente acerca da maior ou menor facilidade em obter uma consulta de Medicina Interna após o encerramento do Hospital do Desterro		Idade				Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		<25	[25-45[	[45-65[	[65-99]	
Mais fácil	Freq Obs	0	1	1	6	p = 0,003
	Resíduo	-0,4	0,5	-1,0	0,6	
Nem mais fácil nem mais difícil	Freq Obs	3	1	29	32	
	Resíduo	1,2	-1,7	1,9	-1,0	
Mais difícil	Freq Obs	2	14	30	59	
	Resíduo	-0,3	2,2	-0,6	-0,3	
Muito mais difícil	Freq Obs	0	0	8	29	
	Resíduo	-0,9	-1,7	-1,1	1,6	
Total		5	16	68	126	215



**Tabela 23 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na facilidade em obter uma consulta com as Expectativas antes da última consulta

Percepção do utente acerca da maior ou menor facilidade em obter uma consulta de Medicina Interna após o encerramento do Hospital do Desterro		Escolaridade (continua...)				Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo, com nível de confiança de 95%.
		Não sabe ler nem escrever	Só sabe ler e escrever	Primeiro ciclo	Ciclo preparatório (6º ano)	
Mais fácil	Freq Obs	0	5	2	0	p = 0,027
	Resíduo	-0,5	4,6	-0,9	-0,7	
Nem mais fácil nem mais difícil	Freq Obs	3	4	31	7	
	Resíduo	0,6	-1,0	0,1	1,2	
Mais difícil	Freq Obs	3	9	49	7	
	Resíduo	-0,2	-0,5	0,0	-0,1	
Muito mais difícil	Freq Obs	1	4	19	1	
	Resíduo	-0,2	0,1	0,4	-1,0	
Total		7	22	101	15	145

Percepção do utente acerca da maior ou menor facilidade em obter uma consulta de Medicina Interna após o encerramento do Hospital do Desterro		Escolaridade (continuação)			Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo, com nível de confiança de 95%.
		Antigo 5ºano / 9ºano	Antigo 7ºano / 12ºano	Curso Superior	
Mais fácil	Freq Obs	1	0	0	p = 0,011
	Resíduo	-0,5	-0,6	-0,8	
Nem mais fácil nem mais difícil	Freq Obs	15	1	4	
	Resíduo	0,6	-1,2	-0,6	
Mais difícil	Freq Obs	20	5	12	
	Resíduo	-0,1	0,1	1,1	
Muito mais difícil	Freq Obs	6	4	2	
	Resíduo	-0,5	1,7	-0,6	
Total		42	10	18	70+145=215

**Tabela 24 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na facilidade em obter uma consulta com as Expectativas antes da última consulta

Percepção do utente acerca da maior ou menor facilidade em obter uma consulta de Medicina Interna após o encerramento do Hospital do Desterro		Situação Profissional					Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		Empregado	Desempregado	Estudante	Doméstico	Reformado	
Mais fácil	Freq. obtida	1	0	0	0	7	p=0,011
	Resíduo	-0,26	-0,88	-0,33	-0,47	0,6	
Nem mais fácil nem mais difícil	Freq. obtida	12	0	3	0	50	
	Resíduo	0,44	-2,52	2,2	-1,35	0,69	
Mais difícil	Freq. obtida	22	17	0	4	62	
	Resíduo	1,19	2,11	-1,21	0,62	-1,32	
Muito mais difícil	Freq. obtida	0	4	0	2	31	
	Resíduo	-2,45	0,2	-0,72	0,95	1,02	
Total		35	21	3	6	150	215

**Tabela 25 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na facilidade em obter uma consulta com as Expectativas antes da última consulta

Percepção do utente acerca da maior ou menor facilidade em obter uma consulta de Medicina Interna após o encerramento do Hospital do Desterro		Cumprimento das expectativas em relação à última consulta de Medicina Interna no HSJ				Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		1,00	2,00	3,00	4,00	
Mais fácil	Freq. obtida	0	0	6	2	p=0,000
	Resíduo	-0,5	-1,2	0,1	1,6	
Nem mais fácil nem mais difícil	Freq. obtida	0	4	51	10	
	Resíduo	-1,5	-2,2	0,7	2,0	
Mais difícil	Freq. obtida	3	30	66	6	
	Resíduo	-0,2	2,7	-1,0	-0,9	
Muito mais difícil	Freq. obtida	4	4	29	0	
	Resíduo	2,5	-1,0	0,6	-1,8	
Total		7	38	152	18	215

**Tabela 26 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na facilidade em obter uma consulta com a Qualidade global

Percepção do utente acerca da maior ou menor facilidade em obter uma consulta de Medicina Interna após o encerramento do Hospital do Desterro		Qualidade Global percebida				Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		2,00	3,00	4,00	5,00	
Mais fácil	Freq. obtida	0	0	5	3	p=0,000
	Resíduo	-0,6	-1,9	0,7	5,0	
Nem mais fácil nem mais difícil	Freq. obtida	0	18	45	2	
	Resíduo	-1,7	-2,1	2,7	-0,3	
Mais difícil	Freq. obtida	3	59	40	3	
	Resíduo	-0,9	1,7	-1,3	-0,5	
Muito mais difícil	Freq. obtida	7	20	10	0	
	Resíduo	4,0	0,8	-1,7	-1,2	
Total		10	97	100	8	215

**Tabela 27 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na facilidade em obter uma consulta com as Expectativas antes da última consulta

Percepção do utente acerca da maior ou menor facilidade em obter uma consulta de Medicina Interna após o encerramento do Hospital do Desterro		Satisfação Global com a experiência na Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ				Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		2,00	3,00	4,00	5,00	
Mais fácil	Freq. obtida	0	3	4	1	p=0,000
	Resíduo	-0,9	-0,6	0,9	1,3	
Nem mais fácil nem mais difícil	Freq. obtida	0	21	40	4	
	Resíduo	-2,6	-2,4	4,3	1,0	
Mais difícil	Freq. obtida	6	73	23	3	
	Resíduo	-1,6	2,2	-1,8	-0,5	
Muito mais difícil	Freq. obtida	17	19	1	0	
	Resíduo	6,6	-0,2	-3,1	-1,2	
Total		23	116	68	8	215

**Tabela 28 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na facilidade em obter uma consulta com a Lealdade

Percepção do utente acerca da maior ou menor facilidade em obter uma consulta de Medicina Interna após o encerramento do Hospital do Desterro		Lealdade					Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo, com nível de confiança de 95%.
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00	
Mais fácil	Freq Obs	0	0	0	5	3	p = 0,000
	Resíduo	-0,7	-1,4	-1,7	2,1	2,3	
Nem mais fácil nem mais difícil	Freq Obs	0	9	15	29	12	
	Resíduo	-1,9	-1,6	-1,6	3,1	1,9	
Mais difícil	Freq Obs	9	23	50	15	8	
	Resíduo	1,3	-0,4	2,2	-2,2	-1,0	
Muito mais difícil	Freq Obs	3	19	10	5	0	
	Resíduo	0,7	3,5	-0,8	-1,4	-2,0	
Total		12	51	75	54	23	215

**Tabela 29 B** – Cruzamento da Percepção sobre alterações na facilidade em obter uma consulta com a Recomendação

Percepção do utente acerca da maior ou menor facilidade em obter uma consulta de Medicina Interna após o encerramento do Hospital do Desterro		Probabilidade do utente recomendar o Serviço de Consulta Externa de Medicina Interna do HSJ a familiares, amigos ou colegas					Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00	
Mais fácil	Freq Obs	0	0	0	7	1	p = 0,000
	Resíduo	-0,6	-1,0	-1,7	2,6	0,0	
Nem mais fácil nem mais difícil	Freq Obs	2	2	16	29	16	
	Resíduo	-0,4	-2,3	-1,5	1,6	2,6	
Mais difícil	Freq Obs	6	15	44	31	9	
	Resíduo	0,8	0,2	1,0	-0,7	-1,3	
Muito mais difícil	Freq Obs	1	12	17	5	2	
	Resíduo	-0,4	3,1	1,0	-2,1	-1,3	
Total		9	29	77	72	28	215

**Tabela 30 B** – Cruzamento da Percepção sobre Prejuízo/Benefício inerente ao encerramento do HD com o Estado de saúde percebido

Prejuízo/Benefício		Estado de saúde Percebido					Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo
		Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Muito Mau	
Muito Beneficiado	Freq Obs	0	0	0	0	1	p = 0,032
	Resíduo	-0,2	-0,5	-0,6	-0,5	2,1	
Beneficiado	Freq Obs	0	5	3	4	0	
	Resíduo	-0,5	1,5	-0,8	0,9	-1,4	
Nem beneficiado nem prejudicado	Freq Obs	1	17	18	17	5	
	Resíduo	-0,3	1,3	-0,9	1,2	-1,4	
Prejudicado	Freq Obs	2	21	47	19	16	
	Resíduo	-0,3	-0,3	1,0	-0,8	-0,1	
Muito Prejudicado	Freq Obs	2	3	15	7	12	
	Resíduo	1,1	-1,9	0,0	-0,5	2,3	
Total		5	46	83	47	34	215

**Tabela 31 B** – Cruzamento da Percepção sobre Prejuízo/Benefício inerente ao encerramento do HD com as Expectativas antes da última consulta

Prejuízo/Benefício		Expectativa Antes da última consulta				Valor de p obtido pelo teste exacto de Fisher
		2	3	4	5	
Muito Beneficiado	Freq Obs	0	1	0	0	p = 0,000
	Resíduo	-0,4	0,6	-0,6	0,0	
Beneficiado	Freq Obs	0	3	9	0	
	Resíduo	-1,3	-1,3	2,7	-0,2	
Nem beneficiado nem prejudicado	Freq Obs	3	24	30	1	
	Resíduo	-1,9	-1,3	2,8	1,4	
Prejudicado	Freq Obs	15	64	26	0	
	Resíduo	-0,2	1,0	-1,2	-0,7	
Muito Prejudicado	Freq Obs	14	23	2	0	
	Resíduo	3,4	0,5	-2,9	-0,4	
Total		32	115	67	1	215

**Tabela 32 B** – Cruzamento da Percepção sobre Prejuízo/Benefício inerente ao encerramento do HD com o Estado civil

Prejuízo/Benefício		Estado Civil						Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo
		Solteiro	Casado	Viúvo	Divorciado	União de facto	Separado de facto	
Muito Beneficiado	Freq Obs	0	0	0	1	0	0	P=0,042
	Resíduo	-0,4	-0,7	-0,5	4,7	-0,2	-0,1	
Beneficiado	Freq Obs	0	6	4	2	0	0	
	Resíduo	-1,3	0,0	0,4	2,1	-0,5	-0,4	
Nem beneficiado nem prejudicado	Freq Obs	8	29	18	3	0	0	
	Resíduo	0,2	-0,2	0,5	0,4	-1,2	-0,9	
Prejudicado	Freq Obs	16	57	21	3	5	3	
	Resíduo	0,6	0,4	-1,5	-0,7	1,6	1,3	
Muito Prejudicado	Freq Obs	4	19	16	0	0	0	
	Resíduo	-0,5	-0,3	1,6	-1,3	-1,0	-0,7	
Total		28	111	59	9	5	3	215

**Tabela 33 B** – Cruzamento da Percepção sobre Prejuízo/Benefício inerente ao encerramento do HD com a Escolaridade

Prejuízo/Benefício		Escolaridade (continua...)				Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo, com nível de confiança de 95%.
		Não sabe ler nem escrever	Só sabe ler e escrever	Primeiro ciclo	Ciclo preparatório (6º ano)	
Muito Beneficiado	Freq Obs	0	0	0	0	p = 0,025
	Resíduo	-0,2	-0,3	-0,7	-0,3	
Beneficiado	Freq Obs	2	4	4	0	
	Resíduo	2,6	2,5	-0,7	-0,9	
Nem beneficiado nem prejudicado	Freq Obs	1	8	25	6	
	Resíduo	-0,6	0,8	-0,4	1,0	
Prejudicado	Freq Obs	3	6	50	8	
	Resíduo	-0,2	-1,4	0,1	0,2	
Muito Prejudicado	Freq Obs	1	4	22	1	
	Resíduo	-0,2	0,0	0,9	-1,0	
Total		7	22	101	15	145

Prejuízo/Benefício		Escolaridade (continuação)			Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo, com nível de confiança de 95%.
		Antigo 5ºano / 9ºano	Antigo 7ºano / 12ºano	Curso Superior	
Muito Beneficiado	Freq Obs	0	0	1	p = 0,032
	Resíduo	-0,4	-0,2	3,2	
Beneficiado	Freq Obs	2	0	0	
	Resíduo	-0,2	-0,7	-1,0	
Nem beneficiado nem prejudicado	Freq Obs	15	1	2	
	Resíduo	1,1	-1,0	-1,3	
Prejudicado	Freq Obs	19	5	14	
	Resíduo	-0,3	0,1	1,8	
Muito Prejudicado	Freq Obs	6	4	1	
	Resíduo	-0,6	1,6	-1,3	
Total		42	10	18	70 + 145 = 215

**Tabela 34 B** – Cruzamento da Percepção sobre Prejuízo/Benefício inerente ao encerramento do HD com a Situação Profissional

Prejuízo/Benefício		Situação Profissional					Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo
		Empregado	Desempregado	Estudante	Doméstico	Reformado	
Muito Beneficiado	Freq Obs	0	0	0	0	1	p = 0,031
	Resíduo	-0,4	-0,3	-0,1	-0,2	0,4	
Beneficiado	Freq Obs	0	0	0	0	12	
	Resíduo	-1,4	-1,1	-0,4	-0,6	1,3	
Nem beneficiado nem prejudicado	Freq Obs	8	0	3	0	47	
	Resíduo	-0,5	-2,4	2,4	-1,3	1,0	
Prejudicado	Freq Obs	27	17	0	4	57	
	Resíduo	2,4	2,1	-1,2	0,6	-1,9	
Muito Prejudicado	Freq Obs	0	4	0	2	33	
	Resíduo	-2,5	0,1	-0,7	0,9	1,1	
Total		35	21	3	6	150	215

**Tabela 35 B** – Cruzamento da Percepção sobre Prejuízo/Benefício inerente ao encerramento do HD com o Cumprimento das expectativas antes da última consulta

Prejuízo/Benefício		Cumprimento das Expectativas				Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo, com nível de confiança de 95%.
		1	2	3	4	
Muito Beneficiado	Freq Obs	0	1	0	0	p = 0,000
	Resíduo	-0,2	2,0	-0,8	-0,3	
Beneficiado	Freq Obs	0	0	8	4	
	Resíduo	-0,6	-1,5	-0,2	3,0	
Nem beneficiado nem prejudicado	Freq Obs	0	1	49	8	
	Resíduo	-1,4	-2,9	1,2	1,4	
Prejudicado	Freq Obs	3	31	66	5	
	Resíduo	-0,2	2,9	-1,0	-1,3	
Muito Prejudicado	Freq Obs	4	5	29	1	
	Resíduo	2,4	-0,7	3	-1,3	
Total		7	38	152	18	215

**Tabela 36 B** – Cruzamento da Percepção sobre Prejuízo/Benefício inerente ao encerramento do HD com a Qualidade Global

Prejuízo/Benefício		Qualidade Global				Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo, com nível de confiança de 95%.
		2	3	4	5	
Muito Beneficiado	Freq Obs	1	0	0	0	p = 0,000
	Resíduo	4,4	-0,7	-0,7	-0,2	
Beneficiado	Freq Obs	0	2	7	3	
	Resíduo	-0,7	-1,5	0,6	3,8	
Nem beneficiado nem prejudicado	Freq Obs	0	9	47	2	
	Resíduo	-1,6	-3,4	3,9	-0,1	
Prejudicado	Freq Obs	3	63	36	3	
	Resíduo	-0,9	2,3	-1,8	-0,5	
Muito Prejudicado	Freq Obs	6	23	10	0	
	Resíduo	3,1	1,3	-1,9	-1,2	
Total		10	97	100	8	215



**Tabela 37 B** – Cruzamento da Percepção sobre Prejuízo/Benefício inerente ao encerramento do HD com a Satisfação global

Prejuízo/Benefício		Satisfação Global				Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo, com nível de confiança de 95%.
		2	3	4	5	
Muito Beneficiado	Freq Obs	1	0	0	0	p = 0,000
	Resíduo	2,7	-0,7	-0,6	-0,2	
Beneficiado	Freq Obs	0	2	9	1	
	Resíduo	-1,1	-1,8	2,7	0,8	
Nem beneficiado nem prejudicado	Freq Obs	0	14	40	4	
	Resíduo	-2,5	-3,1	5,1	1,3	
Prejudicado	Freq Obs	6	78	18	3	
	Resíduo	-1,6	2,8	-2,6	-0,5	
Muito Prejudicado	Freq Obs	16	22	1	0	
	Resíduo	5,8	0,2	-3,2	-1,2	
Total		23	116	68	8	215

**Tabela 38 B** – Cruzamento da Percepção sobre Prejuízo/Benefício inerente ao encerramento do HD com a Lealdade

Prejuízo/Benefício		Lealdade					Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo
		1	2	3	4	5	
Muito Beneficiado	Freq Obs	0	1	0	0	0	p = 0,000
	Resíduo	-0,2	1,6	-0,6	-0,5	-0,3	
Beneficiado	Freq Obs	0	0	0	7	5	
	Resíduo	-0,8	-1,7	-2,0	2,3	3,3	
Nem beneficiado nem prejudicado	Freq Obs	0	6	12	27	13	
	Resíduo	-1,8	-2,1	-1,8	3,3	2,7	
Prejudicado	Freq Obs	9	23	54	14	5	
	Resíduo	1,3	-0,4	2,9	-2,4	-1,9	
Muito Prejudicado	Freq Obs	3	21	9	6	0	
	Resíduo	0,6	3,9	-1,2	-1,2	-2,0	
Total		12	51	75	54	23	215

**Tabela 39 B** – Cruzamento da Percepção sobre Prejuízo/Benefício inerente ao encerramento do HD com a Recomendação

Prejuízo/Benefício		Recomendação					Valor de p obtido pela simulação de Monte Carlo
		1	2	3	4	5	
Muito Beneficiado	Freq Obs	0	1	0	0	0	p = 0,000
	Resíduo	-0,2	2,4	-0,6	-0,6	-0,4	
Beneficiado	Freq Obs	0	0	0	9	3	
	Resíduo	-0,7	-1,3	-2,1	2,5	1,1	
Nem beneficiado nem prejudicado	Freq Obs	2	2	9	30	15	
	Resíduo	-0,3	-2,1	-2,6	2,4	2,7	
Prejudicado	Freq Obs	6	15	48	28	8	
	Resíduo	0,8	0,2	1,7	-1,2	-1,5	
Muito Prejudicado	Freq Obs	1	11	20	5	2	
	Resíduo	-0,5	2,5	1,6	-2,2	-1,4	
Total		9	29	77	72	28	215